

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 - N°

L'ECHINOCOCCOSE PERITONEALE SECONDAIRE (A PROPOS DE 18 OBSERVATIONS)

THESE

Pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue publiquement

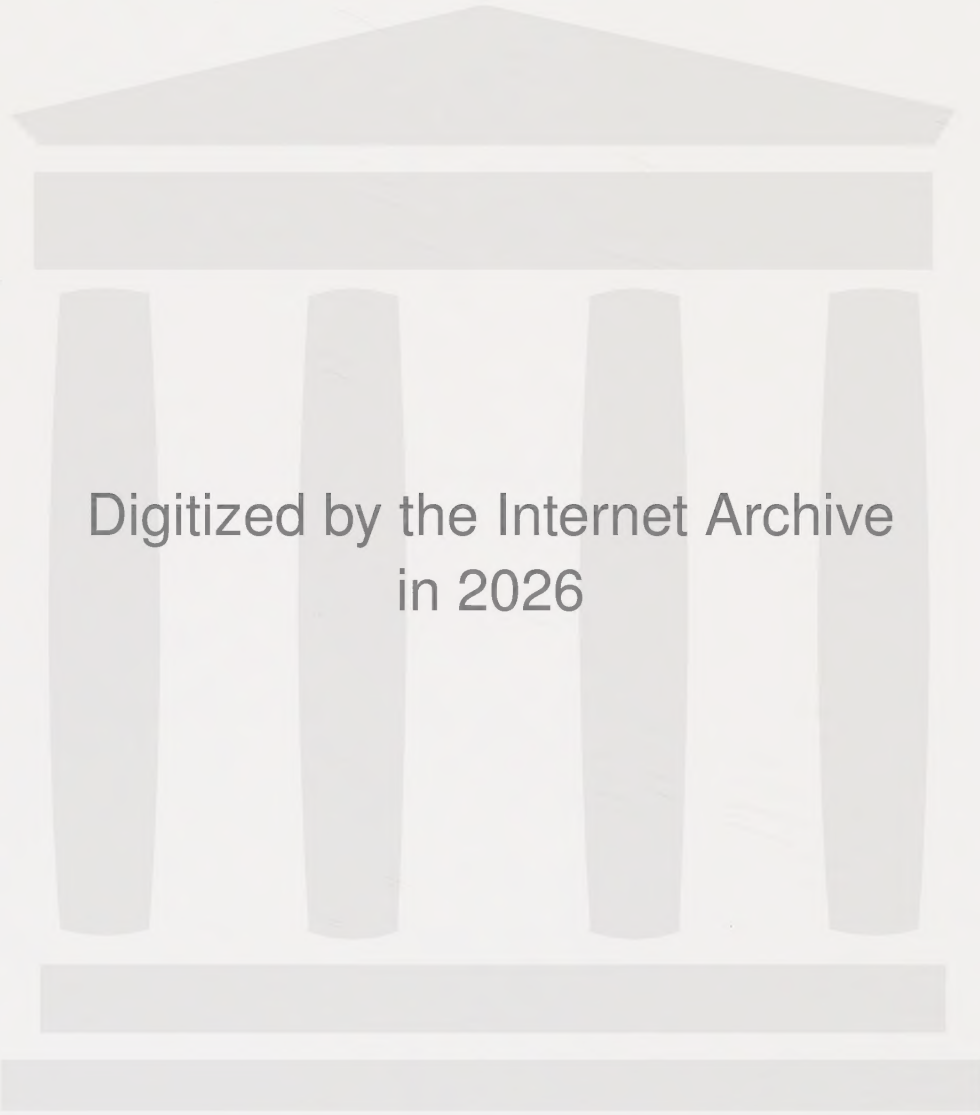
le 17 Juin 1972

par

BELGRADE Mustapha

né le 11 Mai 1944 à Blida

M. B. MENTOURI	Professeur de Chirurgie Générale	} Président
M. M. BONAFOS	Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique	} Juges
M. M. A. MERIOUA	Professeur de Pathologie Médicale	
M. P. ROCHE	Professeur de Chirurgie Générale	
M. H. ISSAD	Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554820_0007

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 - N°

L'ECHINOCOCCOSE PERITONEALE SECONDAIRE

(A PROPOS DE 18 OBSERVATIONS)

THESE

Pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue publiquement

le 17 Juin 1972

par

BELGRADE Mustapha

né le 11 Mai 1944 à Blida

M. B. MENTOURI	Professeur de Chirurgie Générale	}	Président
M. M. BONAFOS	Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique		}
M. M. A. MERIOUA	Professeur de Pathologie Médicale		
M. P. ROCHE	Professeur de Chirurgie Générale		
M. H. ISSAD	Maître de Conférences Agrégé d'Anatomie		



- S E R M E N T D' H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MES CHERS PARENTS,

Humble témoignage de mon affection
et de ma gratitude pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés durant mes études.

A MA CHERE EPOUSE,

avec mes sentiments et mes pensées
les plus tendres.

A MES FRERES,

SID ALI et son épouse ANISSA
En reconnaissance pour l'aide soutenue qu'il
m'a prodiguée.

CHERIF et RIDHA

A MES SOEURS,

FATMA-ZOHRA, AMINA en témoignage
de mes remerciements pour sa contribution.

RABEA, MERIEM, RICHAN, DJAMILA.

Je la dédie particulièrement à mes
petits soeur, nièce et cousin : NABIHA, KHADIDJA
et FARID.

A MES ONCLES BIEN AIMES,

MOHAMMED l'aîné et son épouse,

En témoignage de ma profonde reconnaissance
pour son aide morale et ses doux sentiments.

MAHMOUD et son épouse,

En faible compensation de tout ce que je leur
doit.

MOHAMMED et son épouse,

Exemple de bonté et de dévouement.

KADDOUR et ma tante,

Avec mes sentiments affectueux,

je dedie cette thèse.

A TOUS MES COUSINS ET COUSINES,

Et notamment : AHMED, AMINE, BACHIR,
RAFIK, TAHAR, KHEIR-EDDINE, EL HADI

Avec mon affection.

A MES ONCLES,

MUSTAPHA et sa famille

ABDELTIF et sa famille

MOHAMMED et sa famille

EL YESS et surtout SEDDIK et BRAHAM.

A mon beau frère MAAMAR et sa famille

A mes grands-mères ZEHOR, KHEIRA, KHEDOUDJA.

A MES TANTES : ASSIA, DJAQUIDA, KENZA

A leurs époux : CHERIF, MOHAMMED et BENACEUR.

A MES BEAUX PARENTS,

A MES BEAUX FRERES,

MOHAMMED et sa fiancée KHADIDJA,
SAYAH et sa charmante petite famille.

BELKACEM.

A MA BELLE SOEUR MECHRIA

A MON BEAU FRERE BELKACEM son époux et leurs
enfants,

Qu'ils trouvent ici la marque de mon
affection sincère.

A MONSIEUR N'FIDSA BELKACEM et son épouse,
ses fils et leurs familles.

A MES COLLEGUES ET AMIS :

RAHEM LOUTFY,SKANDER MADJID,BRAHIMI
HANIFA, GUESSOUM MALIKA,BENDISARI KHEIRA.

Avec mes amitiés

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MENTOURI

Il nous accueillit dans son service
avec une bienveillance et une sollicitude
toute paternelle.

Il nous a montré l'exemple d'un
humanisme véritable et d'une pensée médicale
accomplie.

Aujourd'hui, il nous fait l'insigne
honneur de présider notre jury.

Qu'à l'hommage au Maître, se joigne
l'expression de notre respectueuse reconnais-
sance.

A NOS MAITRES ET JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONAFOS

Nous sommes heureux de le compter
au nombre de nos juges.

Qu'il veuille bien trouver dans
cette thèse, le témoignage de notre admiration
pour ses grandes qualités pédagogiques alliées
à son dynamisme et à son erudition scienti-
fique.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERIGUA

Son enseignement clair et précis, sa rigueur scientifique, sa culture aux vastes horizons, font de lui un Maître dont nous resterons fiers.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère et respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHE

Nous avons suivi assidument, avec
intérêt et avec profit ses leçons de pathologie.

Il nous est agréable de lui exprimer
notre reconnaissance pour sa sympathie, sa
bienveillance et pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ISSAD

Qui après avoir inspiré le sujet,
nous aida de ses conseils judicieux dans
l'élaboration de ce modeste travail.

Il sut nous faire comprendre et
aimer la chirurgie.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage
de nos vifs remerciements et de notre profond
dévouement.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS :

DJILALI, MERADJI, DAOUD, BEKKAT

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

CHABOUNI, MAIZA, SALEM, SEMMAR

A TOUTE L'EQUIPE MEDICALE DE LA CLINIQUE
DE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCU-
LAIRE.

A MONSIEUR BOUATBA Abdelouahab

A Monsieur LABESSI Mohammed

pour leur aide technique,
nous dédions cette thèse avec nos sentiments
de sympathie très sincère.

II INTRODUCTION

DU CONCEPT D'HYDATIDOPERITONE

Parmi les séreuses, le péritoine est de loin le plus souvent atteint par le kyste hydatique (K.H.).

Connue depuis plus d'un siècle, l'échinococcose péritonéale et ses deux modalités particulières: l'hydatidoperitone et le cholépéritone posent encore quelques problèmes objet de controverses nombreuses entre les différentes écoles hydatologues françaises avec Félix DEVE le père de l'hydatologie et Sud Américains avec DEL CAMPO, BRACHETTO BRIAN et surtout PEREZ FONTANA.

Ils entrent tous les deux dans le vaste cadre de l'échinococcose péritonéale dont DEVE s'attacha dès 1901 à en préciser le cadre nosologique.

" On pourrait isoler autant de variétés anatomiques de K.H. de la cavité abdomino-pelvienne qu'il y a de centimètres carrés de surface péritonéale " écrivait-il dans sa thèse inaugurale pour expliquer le polymorphisme lésionnel de cette affection.

Selon sa terminologie, on décrit :

1. Une échinococcose péritonéale primitive :

rarissime dans sa forme classique par apport sanguin; lymphatique et greffe immédiate; rare dans sa forme hétérotopique, c'est à dire migration en bloc dans le péritoine d'un K.H. viscéral par effraction de son adventice sans rupture de la membrane mère.

2. Une échinococcose secondaire du péritoine :

de loin la plus fréquente, elle est issue d'un viscère infesté : foie ou rate.

On distingue plusieurs types de lésions : le kyste rompu peut être uni ou plurivésiculaire sain ou infecté, en communication ou non avec les vaisseaux, les voies biliaires.

Son contenu épanché peut être séreux, bilieux ou hémorragique. Il pourra rester libre tel une ascite ou enkysté.

a) Stades précoces :

Le péritoine surpris n'a pas encore réagi ou a réagi d'une manière insuffisante par un banal processus exsudatif. Selon l'état du contenu du kyste rompu, on retrouvera dans le péritoine :

- soit des hydatides libres en cas de K. multivésiculaires,

- soit une ascite hydatique si le K. est univésiculaire et clair.

- Soit dans un cas comme dans l'autre, un élément infectieux surajouté : hydatidopéritonite.

- Soit enfin la possibilité d'un épanchement bilieux : ascite ou péritonite biliaire.

b) Stades tardifs :

Très rapidement les lésions s'organisent et les éventualités suivantes peuvent être retrouvées :

- la greffe hydatique péritonéale où l'hydatide s'enkyste et la séreuse vient constituer une adventice et tous les degrés peuvent exister entre le K.H. libre (rarissime), le K.H. pédiculé (plus fréquent) et le kyste hydatique fixé (habituel). Les kystes fixés eux-mêmes se présentent sous deux aspects différents :

.. l'un curieux mais rare appelé par DEVE " pseudotuberculose hydatique " semis diffus sous péritonéal d'éléments hydatiques divers, involués ou peu évolués.

.. L'autre banal représente la forme courante de " l'échinococcose péritonéale multiple " grappe de kystes de taille et localisations variables: (épiploon, Douglas pericaecaux, herniaires etc..).

- Hydatidopéritoine (H.P.) et cholépéritoine hydatique (C.P.H.).

.. Ici, le processus d'enkystement est global, il s'agit selon la définition de DEVE " d'une collection enkystée d'hydatides intrapérito-néales s'accompagnant ou non d'un épanchement bilieux".

.. En 1949 Joan QUENU définit l'hydatidopéritoine comme " une collection enkystée d'hydatides intrapérito-néales qui au lieu d'être dispersées et enkystées séparément une par une, sont groupées et incluses dans une sorte de sac fibreux commun qui contient en outre un liquide de teinte jaunâtre.

Cet enkystement particulier peut être attribué à l'action d'un léger épanchement de bile d'un cholépéritoine " (Actualités chirurgicales).

.. Pour PEREZ FONTANA et l'école Sud Américaine l'H.P. de DEVE groupe au moins deux formes anatomocliniques très comparables mais de pathogénie différente.

.- l'une " l'échinococcose péritonéale viséculeuse enkystée" qui répond exactement à l'H.P. classique à la différence que PEREZ FONTANA admet une vésiculation in situ avec distension progressive de la poche d'enkystement; la présence de bile créant un C.P.H., simple cas particulier.

.- L'autre appelée K.H. viscéral bilobé correspondant à un kyste viscéral ayant rompu sa membrane mère et distendu progressivement son adventice pour envahir plus ou moins complètement toute la cavité péritonéale avec possibilité d'épanchement bilieux, c'est l'échinococcose secondaire in situ.

.. Pour notre part, nous pensons que pour qu'il y ait hydatidopéritoine, il faut que trois conditions soient réunies :

- 1/ un K.H. viscéral primitif (hépatique ou splénique);
- 2/ Une complication de ce dernier avec rupture.
- 3/ Une réaction du péritoine à cette agression propre au terrain.

- Conception de Felix DEVE :

K.H. 1° du foie
ou de la rate

Rupture
dans le péritoine

Collection enkystée
d'hydatides avec de
la bile = C.P.H.

Collection enkystée
péritonéale sans bile
= H.P.

- pour Jean QUENU

K.H. 1°

Rupture dans la cavité
abdominale + bile

Collection d'hydatides
groupées et incluses dans
un sac fibreux = H.P.

- Pour PEREZ FONTANA V.

K.H. 1°

Rupture

Distension de l'adventice
après rupture de la membrane mère

Ech-^{se} péritonéale
vésiculeuse enkystée

K.H. viscéral bilobé

= H.P.

- Notre conception

K.H. 1°
sain ou compliqué
foie, rate ou rein

H.P. ← +
rupture de la cavité péritonéale
Réaction du ⁺péritoine variable selon le terrain

Mais au delà des problèmes nosologiques, étiopathogéniques, l'échinococcose secondaire du péritoine pose un problème d'ordre pratique : les facteurs parasitaire et cavitaires que l'on retrouve pour toute échinococcose se posent-ils dans ce cas avec la même acuité ?

Nous nous proposons, grâce à l'expérience limitée dans ce domaine du service de Chirurgie Générale du C.H.U. Mustapha d'ALGER de tirer quelques réflexions sur ce thème à propos de 18 observations recueillies en 6 ans (de 1966 à 1971) sur cette terre algérienne où cet aspect de la pathologie n'est pas encore exceptionnel.

Nous essaierons après un rappel historique de voir les différentes hypothèses pathogéniques, nous nous étendrons plus longuement sur l'aspect anatomo-pathologique.

Après l'étiologie et la clinique, nous discuterons le diagnostic et verrons la conduite thérapeutique actuelle.

Nous tenterons de tirer quelques conclusions de cette étude, enfin nous rapporterons nos observations ainsi que leur iconographie.

Notre plan sera donc le suivant :

Chapitre I	Introduction
II	Historique
III	Physiopathogénie
IV	Anatomie Pathologique
V	Etiologie
VI	Clinique
VII	Diagnostic
VIII	Traitement
IX	Conclusions
X	Observations et Iconographie
XI	Bibliographie

II-II I S T O R I Q U E

" Quand le foie plein d'eau se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent " remarquait déjà HIPPOCRATE.

En 1853 K.T. VON SIEBOLD détermine l'origine parasitaire échinococcique des " boules d'eau " mentionnées dans la littérature dès l'antiquité et dont on retrouve les traces dans le Talmud et les écrits d'HIPPOCRATE, d'ANTEE et de GALIEN.

Depuis les thèses inaugurales de CADET et GASSICOURT en 1853 " Recherches sur la rupture des K.H. du foie ", en passant par celle de HADJIAT en 1970, " Contributions à l'étude du pronostic de l'hydatidose hépatique ", l'évolution des idées s'est faite en deux étapes :

- l'une par les travaux de DEVE " le père de l'hydatologie",

- l'autre par les travaux de BOURGEON et PIETRI, de LAGROT et CORIAT, de FERRAND et BARSOTTI.

A/ PERIODE ANATOMOCLINIQUE

ou la conception de Felix DEVE 1901-1950.

En 1683, BERTHRAND fait une revue générale de la question dans sa thèse.

Dès 1901 DEVE s'attachait à préciser le cadre nosologique et l'étiopathogénie. Il eut le mérite de séparer nettement l'H.P. et le C.P.H. des autres " kystes préperitonéaux " ou antéviscéraux d'échinococcose dite asiatique. Son oeuvre s'étend sans discontinuité jusqu'en 1950.

En 1902, il attire l'attention des médecins et des chirurgiens sur le C.P.H. mais de nombreuses observations s'y rattachent ont été signalées antérieurement. Le premier fait de cet ordre qu'on retrouve dans les mémoires princeps de DEVE est le vieux cas de CHOMEL remontant à 1821 : véritable H.P. compliqué d'hémorragie qui entraîna la mort du malade 15 heures après la rupture du K.H.

Les premiers faits anatomocliniques sont ceux publiés en 1861 par OLIVIER et GREENHOW.

En 1904, DIEULAFOY réserve une place aux K.H. compliqués dans son traité de pathologie interne.

En 1906, BEAUDET élève de DEVE ainsi que CANDON apportent une contribution importante à l'étude de l'H.P. et du C.P.H.

En 1915, CASTEX et ROSSO rapportent le premier cas américain.

En 1919, l'affection fait le sujet d'une thèse de RAMIREZ.

En ARGENTINE, les années 1923-1924 voient la parution de 3 intéressants articles de LAGOS-GARCIA VILLEGAS et ANGEL ALSINA.

En URUGUAY, l'affection reste longtemps méconnue, les premiers travaux sont ceux de DOMINGO, de DEL CAMPO et de leurs élèves (1927-1929).

En 1932, MAZZINI et BRACHETTO BRIAN publient une observation d'H.P. secondaire à la rupture d'un K.H. gastrosplénique, remettant en cause la pathogénie du complexe.

La même année, PEREZ FONTANA faisait état de sa conception personnelle de "l'échinococcose péritonéale vésiculeuse enkystée".

En 1934, MAZZINI puis son élève BOGHETTI en 1936 dans sa thèse inaugurale, étudient les rapports du C.P.H. et de l'H.P. à la lumière des travaux antérieurs.

En 1936, thèse de GRASSET sur le cholépéritoine hydatique.

B/ PERIODE RADIOCLINIQUE

Travaux de l'Ecole d'ALGER :

en 1956, thèse de MONTERA " Aspect de l'échinococcose abdominale ". VERGOZ, SEROR, BENHAMOU, ALBOU et RIVAS, rapportent quelques observations au Congrès International d'Hydatologie d'ALGER.

En 1961, FERRAND et BARSOTTI étudient parfaitement le sujet. Deux articles parurent :

- l'un dans la Revue du Praticien du 1er Janvier 1961 " l'échinococcose péritonéale ",
- l'autre dans les Annales de Chirurgie " hydatidopéritoine et cholépéritoine hydatique ".

L'école Sud Américaine, riche de son expérience en la matière, publie quelques mises au point notamment et surtout celle de V. PEREZ FONTANA qui propose une nouvelle nomenclature personnelle et fait état de sa conception de l'échinococcose péritonéale vésiculeuse enkystée.

L'école Grecque s'attache à monter la gravité de l'échinococcose du fait de l'infestation massive et de l'atteinte pluriviscérale.

L'école Italienne publie également d'importants travaux 1947 : apport des techniques d'opacification vasculaire : S.P.G. transpariétale, phlébographie hépatique.

En 1960, KOURIAS rapporte de brèves considérations statistiques et chirurgicales à propos de 2.000 K.H. opérés (7ème Congrès de ROME).

C/ PERIODE THERAPEUTIQUE

Si l'unanimité s'est faite sur le traitement chirurgical seul efficace, l'accord est loin d'être réalisé quant aux méthodes.

On a proposé pour le traitement des lésions péritonéales la vidange simple classique, puis l'excision de la membrane d'enkystement.

Mais si pour toute hydatidose se posent les problèmes parasitaire et cavitare, pour l'échinococcose péritonéale les choses sont différentes.

Selon leur localisation, certains kystes présenteront un grand intérêt pour le chirurgien, ils seront traités en premier car consistent un danger pour le malade : ce sont ceux du cul de sac de DOUGLAS, du dôme vésical, des espaces pré ou rétrovésical de même que les kystes latéro ou précaves latérosus-hépatiques; d'autres seront d'un intérêt moindre, sans grande répercussion, par exemple les kystes de la gouttière pariétocolique.

Lorsque l'échinococcose est diffuse, plusieurs temps opératoires seront à prévoir.

Le kyste viscéral originel hépatique ou splénique sera traité en second lieu.

P H Y S I O P A T H O L O G I E

La localisation péritonéale du parasite est intéressante sur deux points :

1 - ce sont les scolex et les vésicules filles qui sont capables d'ensemencer la séreuse péritonéale et non les lambeaux de membrane mère ou de capsules prolifères.

2 - Le péritoine est particulièrement résistant à cet ensemencement qui doit être massif.

Les lésions qu'il occasionne au niveau du péritoine sont extrêmement polymorphes du fait de la variabilité des facteurs en présence : mode d'infestation, organe infestant réaction péritonéale, durée d'évolution.

L'opinion classique voit dans le C.P.H. et l'H.P. une réaction péritonéale d'enkystement " véritable péritonite encapsulante hydatique " liée à trois sortes de facteurs irritatifs en provenance du kyste rompu ou de viscère infestant.

- La bile considérée comme indispensable pour DEVE

- Les éléments hydatiques : vésicules, scolex, liquide hydatique, une note infectieuse atténuée peut s'ajouter comme l'a souligné GRASSET 1939.

- La néomembrane d'enkystement constituée d'un réticulum fibrineux emprisonnant dans ses mailles : histiocytes, lymphocytes et plasmocytes, tissu de granulation riche en néovaisseaux qui s'organise pour évoluer vers le stade fibreux tardif.

A cette conception s'oppose de façon complémentaire d'ailleurs, celle de PEREZ FONTANA et d'une partie de l'école Sud Américaine pour qui l'H.P. de DEVE groupe au moins deux formes anatomocliniques très comparables mais de pathogénie différente.

1 - " L'échinococcose vésiculeuse enkystée" qui répond très exactement à l'H.P. classique à une nuance près, cependant : PEREZ FONTANA admet une vésiculation péritonéale in situ avec distension progressive de la poche d'enkystement; la présence de bile créant un cholépéritoine hydatique simple cas particulier.

Cet auteur dans sa nomenclature des " complications inhérentes à l'évolution des éléments germinatifs du kyste rompu " distingue 2 formes :

- la forme descendante en rapport avec le kyste primitif ou kyste bilobé où l'expansion de la collection refoulerait et comprimerait la vessie, laissant libre le cul de sac de Douglas.

- La forme ascendante où le kyste hétérotopique prend naissance au niveau du petit bassin et occupe le cul de sac en premier lieu, refoulant la vessie en haut.

2 - L'autre forme appelée " kyste hydatique viscéral bilobé " correspondant à un kyste viscéral ayant rompu sa membrane mère et distendu progressivement son adventice par vésiculation endogène, jusqu'à envahir d'une façon plus ou moins complète toute la cavité péritonéale. Il n'y a donc plus de membra-

ne mère mais possibilité d'un épanchement bilieux. La paroi d'enkystement est constituée par l'adventice **initiale** distendue et plus ou moins renforcée par un exsudat fibrineux engendré par l'action irritative des éléments hydatiques et éventuellement de la bile.

Cette forme que DEVE classait avec les kystes viscéraux extériorisés à développement abdominal que les anciens décrivaient comme " de grands kystes péritonéaux " est étudiée avec la forme précédente, c'est une échinococcose secondaire à distance.

Pour PEREZ FONTANA, reprenant la dénomination de DIEULAFOY " les kystes bilobés sont des kystes viscéraux composés de deux lobules inégaux réunis par un collet; le lobule viscéral ayant toujours un développement moindre que le lobule abdominal et seraient toujours des kystes compliqués volontiers multivésiculaires ".

La classification qui nous paraît la plus proche de la réalité est un compromis entre celle de Felix DEVE et celle de PEREZ FONTANA.

On doit décrire en effet une échinococcose primitive et une échinococcose secondaire :

a) primitive :

rarissime, résultant de la greffe par voie sanguine d'un embryon hexacanthé.

Aucune preuve formelle n'en a encore été rapportée. Seule une modalité particulière, doit être signalée : l'échinococcose hétérotopique (migration en bloc d'un kyste hydatique du foie ou de la rate

ayant rompu son adventice mais gardé sa membrane mère intacte).

Deux modalités anatomiques sont possibles :

.. cette hydatide reste libre entre les anses intestinales,

.. sa migration donne une réaction péritonéale : ascite libre + enkystement du péritoine si l'organe infestant est le foie, une ascite biliaire associée est théoriquement possible par rupture d'un canalicule biliaire au moment de sa migration ($\neq$ C.P.H.).

b) Secondaire :

c'est la plus habituelle. Le mérite de DEVE a été de montrer que son point de départ est toujours lié à la rupture d'un kyste viscéral hépatique ou splénique. Selon la réactivité de la séreuse péritonéale, on peut décrire deux groupes de lésions :

.. les unes précoces :

un kyste hydatique viscéral se rompt et selon son contenu, on retrouvera dans le péritoine :

-. des hydatides libres en cas de kyste multivésiculaire,

-. si le kyste est univésiculaire, une ascite hydatique,

-. une hydatidopéritonite quand un facteur infectieux est surajouté;

-. une possibilité d'un épanchement biliaire donnant une ascite ou une péritonite biliaire qui sont les précurseurs du C.P.H.

Dans toutes ces formes comme le souligne dans son étude FERRAND, le péritoine surpris n'a pas encore réagi ou peu.

.. Les autres tardives :

les lésions sus citées s'organisent et les éventualités suivantes peuvent être retrouvées :

-. greffe hydatique péritonéale :
ou kyste hydatique en " greffe " sous séreux isolé ou multiple, représente la forme la plus fréquente.

Le kyste peut être fixé, pédiculé ou libre.

Deux aspects très différents peuvent être rencontrés :

-. une forme courante : " l'échinococcose péritonéale multiple " - grappe de kystes de taille et de localisation variables (épiploon, Douglas, péricæcum, péritoine pariétal, hernies etc..).

-. L'autre rare constituée d'un semis de granulations sous péritonéales provenant de vésicules filles hydatiques involuées.

.. Hydatidopéritoine (H.P.) et cholépéritoine hydatique (C.P.H.). Ici le processus d'enkystement est global. Il s'agit selon la définition de DEVE d'une " collection enkystée d'hydatides péritonéales ", le cholépéritoine hydatique est marqué par la présence d'un épanchement bilieux dans cette cavité. Mais les auteurs Sud Américains ont rapproché également de l'H.P. :

-. le kyste hydatique bilobé
(PEREZ FONTANA) monstrueux kyste hépatique extérieuri-

sé dans le péritoine après avoir rompu sa membrane mère, son adventice restant intacte.

-.- L'échinococcose péritonéale enkystée ascendante ou descendante : terme qui paraît plus exact à l'auteur que celui d'H.P. car il implique deux précisions, le siège de la poche et son mode de développement intrapéritonéal à partir d'éléments hydatiques déversés dans le péritoine et plus précisément dans le Douglas.

Il découle de ceci comme le note FERRAND que les termes de C.P.H. et d'H.P. désignent dans le temps et dans l'espace des lésions souvent diverses.

-.- Dans le temps : une coque plus ou moins individualisée comme un sac anévrysmal en cours de maturation.

-.- Dans l'espace : une lésion anatomique autonome formée sur place ou au contraire la migration péritonéale sans solution de continuité d'un kyste viscéral.

Notons cependant que ces lésions sont souvent associées chez un même malade.

F-) N A T O M I E F) A T H O L O G I Q U E

Le parasite par lui même nous intéresse par deux faits quant à sa localisation péritonéale :

- il est établi que seuls les scolex et les vésicules filles peuvent infester le pèritoine.

- D'autre part, ils doivent être assez nombreux pour que cet ensemencement puisse être valable.

C'est Felix DEVE qui montre que le point de départ de l'échinococcose secondaire péritonéale est toujours consécutif à la rupture d'un kyste viscéral primitif hépatique ou splénique. Que la rupture du kyste viscéral sous séreuse soit produite de façon spontanée ou provoquée par un traumatisme, par une intervention chirurgicale ou par une exploration médicale, nous aurons dans le pèritoine :

- soit des vésicules filles en provenance d'un kyste multivésiculaire (cas rare),

- soit le plus souvent d'un sable hydatique avec ses constituants microscopiques : les scolex essentiellement avec leur potentiel évolutif car comme le souligna DEVE, les capsules proligères subissent une métamorphose involutive et ne peuvent aboutir à la formation d'un hydatide.

A/ LA LOCALISATION DE L'ECHINOCOQUE :

Il ressort de l'étude de nos observations que la localisation du parasite est univiscérale dans la majorité des cas, soit 12 cas au niveau du foie : multiviscérale dans 6 cas touchant surtout le foie, la rate et accessoirement le rein.

Au niveau du foie, le kyste est développé le plus souvent au niveau du lobe droit (10 cas).

Localisation du K.H.	Foie Lobe D.	Foie Lobe G.	Foie 2 lobes	Rate	Foie + Rate	Foie + Rein
Nombre de cas	10	2	3	1	5	1
Taux	55%	11,1%	16,6%	5,5%	27,7%	5,5%

Au niveau du foie, l'infestation est dans une large part multiple. Le kyste peut siéger n'importe où, aucun segment n'est épargné.

Quant au niveau de la rate, la localisation est le plus souvent polaire, de même qu'au niveau du rein.

Le volume du kyste est très variable allant de la taille d'une cerise à celle d'une tête fœtale détruisant tout un lobe (observation n°4).

Cf Schéma.



LOCALISATION DU KYTE HYDATIQUE VISCERAL PRIMITIF

FOIE

- Lobe D. : 10 cas = 55,5%
- Lobe G. : 2 cas = 11,1%
- Lobe D + G : 3 cas = 16,6%

RATE

- 1 cas = 5,5%

FOIE + RATE

- 5 cas = 27,7%

FOIE + REIN

- 1 cas = 5,5%

B/ LES LÉSIONS BILIAIRES ET PARENCHYMATEUSES :

(Thèse de MOUIEL " Rapport du K.H.F. et des V.B."
1961)

1- À l'étage intrahépatique :

Les canalicules biliaires sont refoulés, fissurés ou largement ouverts.

a) Refoulement :

(quand le kyste est clair, non compliqué)
est dû à la compression extrinsèque qu'exerce le K.H.
Cet aspect marque le stade initial du développement
du kyste ou préfissuraire qui dure aussi longtemps
que le kyste est cortical et de volume réduit.

Le parenchyme hépatique est dans la plupart
des cas respecté fonctionnellement du fait du balan-
cement des phénomènes d'atrophie et d'hypertrophie
compensatrice.

Il faut toutefois souligner le danger des
kystes à développement central qui entraînent assez
rapidement des désordres graves du fait de leur con-
tact avec les grands pédicules vasculaires et biliai-
res.

b) Fissuration :

(quand le kyste est en voie de complication)

Elle entraîne des échanges liquidiens entre le kyste
et les voies biliaires (V.B.).

Le kyste est encore ferme à contenu limpide ou peu trouble; l'infection y est latente, décelable par la culture.

Le parenchyme avoisinant est atrophié, à surface grisâtre et les dégâts sont proportionnels à la taille du kyste et à l'importance des pédicules vasculobiliaires qu'il comprime.

En général le foie restant est en état d'hypertrophie compensatrice pour éviter l'insuffisance hépatique.

c) Ouverture large :

(kyste compliqué)

"Le kyste est ouvert dans les V.B. ou aux V.B. " DEVE.

Pour CONSTANTINI, l'ouverture large est une communication kystobiliaire telle que " les échanges de nouveaux procédés " entre le kyste et les V.B. sont la règle et se font dans les deux sens :

- kystobiliaire avec migration hydatique dans les V.B. entraînant une obstruction plus ou moins permanente.

- Biliokystique attestée par la présence de bile en quantité dans le kyste.

Le kyste qui se rompt est généralement ancien, multivésiculaire, réalisant parfois une véritable amputation du canal par abouchement terminal.

Le parenchyme hépatique restant est variable. Il peut être cirrhotique (observation 5) attestant d'une souffrance hépatique ou sain.

2 - A l'étage extrahépatique :

a) La vésicule biliaire :

Placée à cheval sur la scissure principale, elle constitue un " véritable balancier de l'échinococcose hépatique ". Il est repoussé vers la ligne médiane par les kystes droits et en dehors par les kystes gauches.

Cette vésicule biliaire peut être déformée, coudée par les adhérences, voire écrasée (observation n° 5).

- Elle peut être le siège d'une inflammation, distendue, normale ou rétractée. Cette cholécystite n'est pas toujours visible macroscopiquement.

Le cystique peut être bloqué, dilaté permettant le reflux de bile infectée ou inflammé.

- La lithiase vésiculaire existe sous trois formes d'après DEVE :

.- la lithiase hydatique proprement dite qui implique la communication du kyste avec les V.B.

.- La lithiase parahydatique qui se voit surtout au cours des kystes en relation avec les V.B. : la stase et l'infection sont incriminées dans sa détermination.

. La lithiose biliaire commune : simple association morbide répondant à la même pathogénie que la forme précédente.

b) La voie biliaire principale (V.B.P.) :

. les phénomènes mécaniques : les compressions, les états inflammatoires sont fréquents, le hile hépatique est souvent intéressé par le développement d'un kyste du lobe du SPIEGEL. Il en résulte une compression du canal hépatique ou des deux : origine d'une stase biliaire en amont aboutissant à la formation d'un calcul pigmentaire (variété de la lithiase parahydatique).

L'hépatocolédoque est exceptionnellement le siège d'une fissuration ou d'une ouverture cholédocienne.

La cholédocite est la règle dès que le kyste est ouvert dans les V.B. Elle s'accompagne d'une pédiculite scléroinflammatoire avec adénopathies étagées depuis le hile du foie jusqu'au duodénum.

. Les lésions particulières de la région oddienne. CENDAN en 1939, invoque une étiologie inflammatoire qui épaissit la muqueuse et déforme le conduit, gênant le transit biliaire terminal.

Les kystes insuffisamment traités dans une première intervention sont les plus grands pourvoyeurs d'oddite scléreuse, de même que ceux longtemps méconnus évoluant depuis des années et accompagnés soit de migrations hydatiques réitérées avec angiocholite et ictère.

Les obstructions cholédociennes sont la conséquence soit d'une lithiase, soit de débris hydatiques.

C/ LES LESIONS VASCULAIRES :

Une autre lésion particulière est le blocage de la circulation sus hépatique. Les kystes en cause ne sont pas très gros mais se trouvent placés près du dôme à droite du ligament suspenseur du foie, exactement au hile comme c'est le cas dans notre observation 7.

La circulation porte et cave inférieure peut être bloquée (observation 5 et 6) entraînant un blocage lymphatique et même une H.T.P. pouvant céder au traitement du kyste lorsqu'elle est due à une compression (observation 5); elle est habituellement définitive en cas de cirrhose bilobaire, ou de syndrome de BUDD CHIARI bilatéral par obstruction des veines sus hépatiques.

L'H.T. dans le système cave inférieure peut céder de même avec le traitement d'un K.H. volumineux quant il existe un syndrome clinique important, l'intervention se heurte habituellement à une virole scléreuse inaccessible enserrant la V.C.I. et les V. sus hépatiques.

D/ TOPOGRAPHIE ET CARACTERES DE L'ECHINOCOCCOSE PERITONEALE

L'hydatidose de la séreuse péritonéale est très polymorphe quant à ses emplacements lésionnels.

Un kyste hépatique rompu a tendance à déverser son contenu à la surface du grand épiploon d'une part et le long de la face droite du mésentère (observation 6), vers le petit bassin, mais suivant les localisations, ce contenu se déverse dans les gouttières pariétocoliques (observation 17) dans les hypocondres.

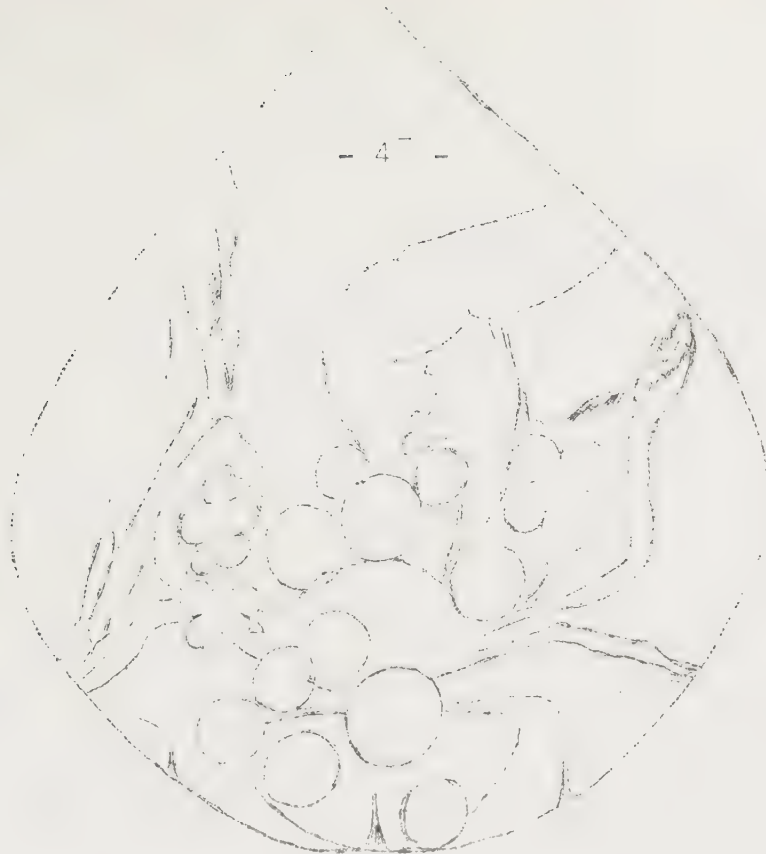
L'épiploon est particulièrement atteint à tel point que certains ont été comparés à des filets pleins d'hydatides (observation 18).

Un gîte d'élection est représenté par le petit bassin; le cul de sac de Douglas (observations 8, 10, 12, 15, 17), le dôme vésical ou l'espace pré-vésical, ou vésico-utérin (observations 5, 6, 10, 12, 16), les annexes (observations 7, 8, 12), la fosse latéro-caecale ou iliaque (observations 3, 8, 10, 17).

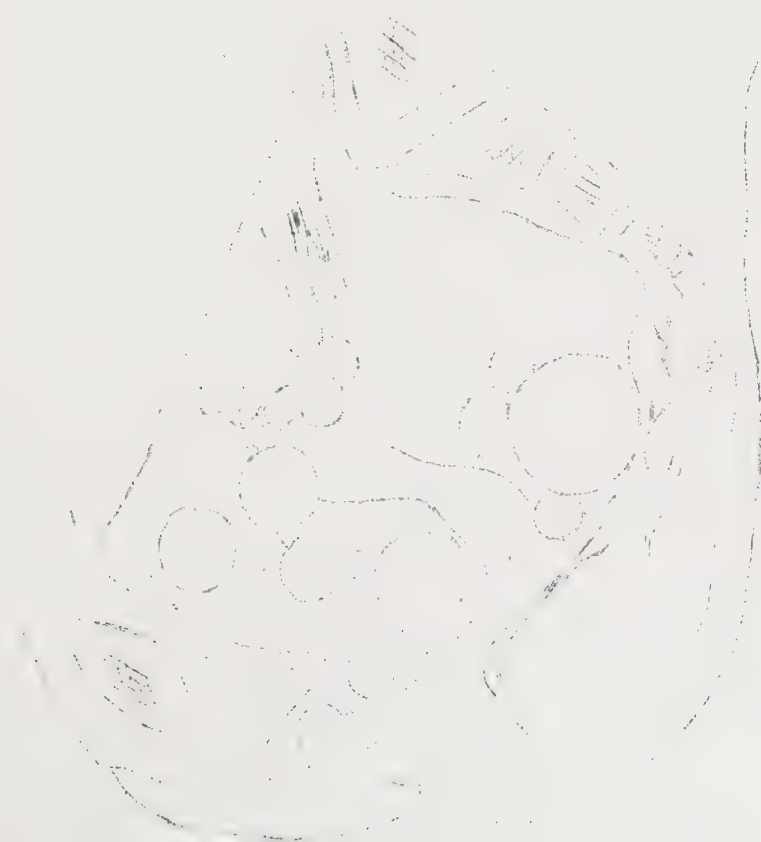
Le pelvis est infesté dans 9 de nos observations, mais toute la cavité péritonéale peut être le siège de contaminations, il faut penser aux kystes fixés à la paroi entre foie et diaphragme (observations 6, 7, 8), latéralement aux côlons et dans l'hypocondre gauche, en avant ou/et en arrière de la rate dans laquelle le kyste se fixe profondément (observations 5, 14, 15) dans l'A.C.E. (observations 4, 12, 15).

" Et ici une fois de plus, on se demande en présence de certains complexes si la rate est la localisation primitive ayant ensemencé le péritoine ou si elle est elle-même atteinte par une contamination péritonéale originaire du foie ou parfois du rein "

GOINARD.



LOCALISATION PELVIENNE DU PARASITE



Quant au nombre de kystes péritonéaux, il peut être limité à quelques uns ou énorme : plusieurs centaines (observation 18).

1. Forme localisée :

relativement moins fréquente que la forme diffuse : 8 cas sur 18.

Localisée généralement soit à l'A.C.E., soit au niveau du petit bassin.

La greffe péritonéale ne dépend pas uniquement de la localisation du kyste viscéral primitif mais aussi de la réaction péritonéale.

Ainsi selon l'état du péritoine, avoisinant, un K.H. du lobe droit peut aussi bien essaimer dans l'A.C.E. dans l'H.G. dans la gouttière pariétocolique que dans le pelvis.

Sur nos 18 observations, on retrouve une greffe péritonéale, un H.P. ou C.P.H. localisé dans 8 cas.

2. Forme diffuse :

retrouvée dans 10 de nos cas, touchant à la fois les deux étages sus et sous mésocolique.

Cette forme est redoutable par son aspect d'abord car il est souvent difficile de faire une cure chirurgicale complète d'une greffe multiple, d'autre part représente un danger par ses complications :

les kystes du cul de sac de Douglas (4 cas), des espaces prévésical ou vésicoutérin entraînent souvent une compression des organes voisins (6 cas).

De même que les kystes cantonnés aux territoires vasculaires : vaisseaux mésentériques, veine porte, V.C.I. qui ne sont pas toujours d'abord facile.

3. Hydatide et cholépéritoine hydatique :

Rappelons que dans ces deux cas, le processus d'enkystement est global.

Dans les cas les plus typiques, à l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une poche plus ou moins volumineuse plaquant en arrière toutes les anses intestinales. Cette poche peut occuper toute la cavité abdominale, des loges sous phréniques au Douglas (observation 1); son contenu fait d'un liquide louche ou bilieux selon le cas est de l'ordre de 7 à 15 litres en moyenne (8 litres obs. 11, 17 litres obs. 8, 50 litres dans une observation de BARNETT).

A sa surface flottent des vésicules filles en nombre variable (plusieurs centaines) les unes flétries, les autres saines, des débris de membrane mère. Quant à la membrane d'enkystement, elle a été parfaitement étudiée par DEVE et les études modernes n'ont fait que confirmer ces travaux.

Son développement " est entièrement conforme au plan général de l'organisation des exsudats fibrineux observés au niveau des séreuses. On y trouve 3 couches superposées de dedans en dehors : amor-

phie en partie nécrosée, fibroïde traversée par de nombreux vaisseaux sanguins et lymphoïdes " DEVE.

C'est donc un granulome inflammatoire habituel qui va s'organiser et évoluer vers la fibrose.

Les avis divergent quant à la présence de pigments biliaires dans cette membrane. DEVE affirme les avoir trouvés alors que PEREZ FONTANA pense qu'il s'agit plutôt de débris hydatiques enkystés.

A l'heure actuelle, il est admis que la constitution de cette poche d'enkystement est liée indifféremment à l'irritation du péritoine soit par la bile, soit par le parasite sain ou infecté (thèse de GRASSET).

Mais 2 notions importantes n'ont pas été décrites par les classiques :

a) le granulome inflammatoire est évolutif: ce fait est confirmé par les constatations opératoires et expérimentales.

CASTEX et ROSSO d'une part, TAMANUS et ORTEGA de la RIVA d'autre part ont pu voir s'individualiser en 30 à 45 jours après la rupture du kyste viscéral une membrane d'enkystement.

PEREZ FONTANA par ses études expérimentales sur le cobaye et le lapin a montré qu'il fallait en moyenne 210 jours pour que le granulome donne naissance à une coque fibreuse.

" Du jour où la fistule interne s'est entarée, la cause irritante disparaît, de ce jour-là, le

tissu de nouvelle fonction va rentrer en régression" DEVE.

Le jeune tissu de granulation peut donc regresser spontanément et complètement.

La pseudotuberculose hydatique biliaire du péritoine serait pour DEVE le témoignage irréfutable du C.P.H. résorbé.

Dans la règle, cette évolution se fait vers la fibrose et l'adventice constituée ne diffère en rien de celle des kystes viscéraux.

Ainsi le mûrissement du granulome paraît faciliter le geste opératoire et non être la source de complications.

Ces différents stades évolutifs expliquent les avis contradictoires et les descriptions différentes.

DEVE parle de tissu de granulation épais et intimement lié aux viscères sous jacents dont l'exérèse est à la fois inutile et dangereuse par les risques d'hémorragie. Il s'agit dans ces cas très vraisemblablement d'H.P. et de C.P.H. immatures.

Il est fait état dans les observations de VERGOZ et BARNETT d'une coque rappelant " le cuir mouillé " facilement extirpable.

GRASSET dans sa thèse remarque au sujet des adhérences de la membrane d'enkystement aux viscères avoisinants : " la question reste controversée, il y aurait de nombreuses variations individuelles allant

du décollement presque aisé à l'adhérence quasi impossible à séparer " notion retrouvée dans une observation de MONTERA " parfois mince, parfois translucide, elle peut être plus épaisse ".

Toutes ces descriptions confirment la mutation évolutive de la coque inflammatoire granulomateuse vers le stade fibreux.

D'ailleurs la présence de cette membrane d'apparition plus ou moins tardive a entraîné PEREZ FONTANA à élargir le cadre de ces collections hydatiques péritonéales enkystées.

En effet après organisation et maturation de cette coque, H.P. et C.P.H. présentent absolument le même aspect opératoire et anatomique que le kyste viscéral bilobé quoique sur le plan nosologique, ce rapprochement est inacceptable car il faut à notre avis séparer deux entités absolument distinctes :

- les kystes viscéraux largement extériorisés qui restent des échinococcoses primitives (au sens où l'entend DEVE) et dont la cavité est parenchymateuse (DEL CAMPO).

La membrane qui les enveloppe est faite des adhérences établies avant la rupture, elles se sont complétées et développées au fur et à mesure du développement de la poche extraviscérale.

- Les hydatides et cholépéritone hydatique qui sont des échinococcoses secondaires généralement et dont la cavité d'enkystement est un processus plastique.

b) Cependant on a trop tendance à confondre H.P. et C.P.H. comme le soulignèrent FERRAND et BARSOTTI dans leur très belle étude (Annales de Chirurgie 1961 vol. 15 n° 3 et 4) alors qu'il existe entre eux certaines nuances structurales et évolutives.

- Le C.P.H. présente une coque adventicielle beaucoup plus épaisse, très riche en néovaisseaux dont la surface interne apparaît au praticien "mamelonnée", grenue chagrinée", de coloration variable du jaune verdâtre au brun foncé.

Elle cloisonne rapidement l'épanchement bilieux et joue ainsi un rôle de protection contre l'action toxique de la bile.

Son organisation fibreuse est lente, probablement à cause de la présence de bile et donnera des adhérences aux organes avoisinants (comme dans une de nos observations C.P.H. de A.C.E. adhérent à l'estomac et au diaphragme : il a fallu tailler en pleine musculature).

Son exérèse doit être tardive pour éviter le risque d'hémorragie, ce qui était méconnu des auteurs classiques car on retrouve écrit dans la thèse de GRASSET : " en pratique TUSINI et UGON ont dû interrompre leur tentative de décortication et cependant dans leur dernier cas, la membrane ne datait que de un mois et demi ". En effet comme le souligne FERRAND dans son travail, c'est justement parce que cette membrane ne date que de un mois et demi que son extirpation est difficile et en tous les cas à éviter car elle n'est pas arrivée à maturation.

- L'H.P. donne quant à lui très rapidement une poche d'enkystement individualisée, lisse, blanchâtre, parfois transparente permettant d'apercevoir les viscères et dont l'exérèse est généralement assez facile, de plus les adhérences n'existent pas ou peu.

Du point de vue histologique, il n'y a absolument aucune différence entre l'adventice d'un kyste viscéral primitif et la structure de la néomembrane d'enkystement après évolution fibreuse du C.P.H. ou de l'H.P.

On trouve de rares éléments inflammatoires, une pauvreté de fibroblastes et fibrocytes contrastant avec la richesse en fibres collagènes, le tout présentant un aspect sclérohyalin.

II T I O L O G I E

1 - L'âge :

L'échinococcose péritonéale se rencontre le plus souvent entre 30 et 40 ans, ce qui correspond à peu près à l'âge où l'on observe le maximum de fréquence du K.H. du foie, un tableau de 18 observations échelonnées sur 4 ans, nous donne les chiffres suivants :

AGE	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	+ de 70
18 cas	0	2	2	9	2	2	1	0

Les âges extrêmes ont été de 14ans et de 70 ans.

2 - Le sexe :

" Le sexe ne peut par lui même jouer aucun rôle dans la localisation de l'échinococcose dans l'organisme " soulignait GRASSET dans sa thèse, mais à l'inverse nous remarquons pour notre part une prédominance féminine et non masculine; les statistiques fournissent en effet :

Hommes	Femmes
3	15

soit Hommes 16,7% 62% pour GRASSET
Femmes 83,3% 38%

3 - Circonstances d'apparition :

Nous constatons comme le plupart des auteurs une nette prédominance de la rupture spontanée : 94,5%, provoquée 5,5%.

Il faut noter toutefois que les renseignements fournis par les malades manquent souvent de précision car l'apparition plus ou moins tardive du " début apparent " efface le souvenir du traumatisme chez le malade.

4 - Fréquence :

Les 18 observations d'échinococcose péritonéale que nous rapportons ont été colligées sur 224 cas d'hydatidose abdominale rencontrés en 6 ans (1966 à 1971).

On rencontre en moyenne 3 cas par an sur 37 K.H. du foie ou de la rate hospitalisés, ce qui donne un taux moyen de 8%.

TABLEAU GENERAL STATISTIQUE

ANNEE	NOMBRE D'H.P.	NOMBRE K.H. F. OU R.	HOMMES	FEMMES	POURCENTAGE
1966	3	25	1	2	12
1967	5	33	1	4	15,15
1968	2	40	1	1	5
1969	2	32	0	2	6,25
1970	3	47	0	3	6,38
1971	3	47	0	3	6,38
	18	224	3	15	Moy. 8,03



L I N I Q U E

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Les manifestations cliniques de l'H.P. et du C.P.H. sont bien connues, Félix DEVE en a brossé un tableau mémorable.

Depuis, plusieurs synthèses ont été faites par de nombreux auteurs.

H.P. et C.P.H. comportent deux modes de début différents et de fréquence inégale.

Selon qu'il s'agisse d'une grosse péritonéale (localisée ou diffuse), d'un H.P. ou d'un C.P.H., le tableau clinique sera différent.

L'épisode initial de rupture du kyste viscéral originel peut être aigu ou insidieux :

- 1 Aigu : rarement :

revêtant l'aspect d'un drame abdominal de type perforatif;

- avec son cortège fonctionnel :

. douleur abdominale brusque, en " coup de poignard " sous costale, vomissements, lipothymie, ballonnement de l'abdomen.

- Avec parfois des signes de la série anaphylactique urticaire, oedème de QUINCKE, dyspnée asthmatiforme, le tout suivi plus ou moins rapidement d'un épanchement péritonéal.

Les cas de mort soudaine sont rares contrairement à l'opinion des classiques. Plusieurs observa-

tions signalent une mort par hémorragie interne causée par la rupture du kyste.

Une de nos malades a été opérée en urgence pour hémorragie interne confirmée opératoirement, après un traumatisme de l'épigastre (observation 13).

La plupart des auteurs admettent que la rupture du kyste primitif est apparemment spontanée dans 80% des cas, causée par un traumatisme dans 12% des cas, ce qui correspond approximativement à nos chiffres.

- 2 Insidieux : le plus souvent :

marqué par l'apparition progressive d'un épanchement péritonéal asymptomatique, ou alors marqué par des douleurs légères de l'hypocondre dont le malade se souvient mal.

a) Grefte hydatique péritonéale:

Sur 18 cas que nous rapportons, 10 malades ont consulté :

- pour une tumeur de l'hypocondre droit le plus souvent, gauche parfois, hépatomégalie isolée fréquemment associée à d'autres tumeurs abdominales de volume variable, plus ou moins disséminées, dont le nombre ou l'augmentation de volume inquiéta le patient.

- Pour un météorisme abdominal avec ou sans ascite (observations 4, 8, 11, 14, 15).

- Pour des signes divers :

- . syndrome occlusif (obs. 11)
- . névralgie sciatique (obs. 3)
- . signes rectaux (obs. 12)
- . œdèmes des membres inf. (obs. 8, 16).

Dans 3 observations, une notion d'intervention chirurgicale antérieure notamment sous costale est retrouvée.

L'état général de ces malades est parfois bien conservé, généralement le malade est amaigri, voire cachectique.

Dans les formes généralisées : parfois à jour frisant l'abdomen apparaît ballonné, bosselé, tuméfié : la palpation révèle la présence de multiples tumeurs arrondies, mobiles, de grosseur variable, allant de la dimension d'une bille à celle d'une grosse orange, de consistance ferme parfois liquidienne.

Le T.R. ou le T.V. montrent souvent un bassin rempli de pareilles tumeurs qui amènent fréquemment des phénomènes de compression.

Dans les formes localisées : DEVE insiste surtout sur la forme pelvienne. En effet, comme il le souligne, les kystes pelviens finissent toujours par entraîner des troubles mécaniques : compression d'un réservoir pelvien attirant l'attention des urologistes, des gynécologues ou des accoucheurs.

b) Hydatidopéritone (observations 1,9, 11,14) et cholépéritone hydatique (observations 4,8) :

A la phase d'état, se constitue le tableau d'un " gros ventre ", les plus gros disaient DEVE avec la maladie gélatineuse du péritoine.

On se trouve en effet devant une tuméfaction de l'abdomen qui évoque d'emblée le diagnostic d'une ascite.

Le ventre peut prendre des dimensions énormes: 1,71 m. dans une observation de DOMINGO PRAT.

Quelques signes doivent cependant attirer l'attention : le ventre n'a pas la même forme que dans l'ascite ordinaire, c'est un ventre " en obusier " avec parfois une tuméfaction sus ou sous ombilicale.

L'ombilic n'est " ni déplissé, ni déformé " comme le soulignait PRAT, mais ceci n'est vrai que lorsque la membrane d'enkystement qui " double la paroi et protège la région ombilicale contre la hernie " (GRASSET) s'est formée.

On retrouve parfois cependant un ombilic effacé ou saillant.

Il existe peu ou pas de circulation collatérale franche sauf si une cirrhose est associée (2 cas avec H.T. Portale, observations 5 et 6).

La peau de l'abdomen est lisse, brillante, tendue, plus ou moins difficilement dépressible.

Il existe très rarement un oedème pariétal à moins d'une compression de la V.C.I. qui entraîne des oedèmes des M.I.

A la percussion, on constate ordinairement une matité subtotale flanquée de deux zones de sonorité plus ou moins étroite qui siège dans les lombes, parfois dans un flanc ou à l'épigastre. Ce signe n'est pas pathognomonique, il se verrait dans l'ascite libre banale et même dans certains gros kystes ovariens.

En fait, c'est la fixité de la matité avec les mouvements du malade qui doit être retenue.

Mentionnons que le frémissement hydatique a été retrouvé dans 2 cas.

Dans l'H.P. ou le C.P.H., le cul de sac de Douglas est libre au T.R., sauf si une greffe péritonéale pelvienne est associée.

Les troubles du transit ne sont pas très importants, il s'agit le plus souvent d'une constipation.

Cette forme d'échinococcose péritonéale peut être localisée, ainsi peut-on avoir un H.P. ou un C.P.H. haut : C.P. de l'A.C.E. (observation 4 = 10 litres), kyste bilobé de l'A.C.E. (observation 14); bas, médian ou latéral.

Une note infectieuse : H.P. suppuré (observation 11) ou biliaire avec subictère ou ictère franc de type rétentionnel compliquant un C.P.H. en général, peut être surajouté.

Les examens complémentaires radiologiques ou biologiques habituels ne sont pas d'un grand secours.

Le T.G.D. montre dans les formes hautes, une image de refoulement du balancier gastrique; le L.B. montre une compression plus ou moins importante quand le côlon est intéressé.

La cartographie hépatique montre lorsque le foie est infesté, ce qui est généralement le cas, une image d'empreinte kystique.

En résumé, le malade viendra consulter donc :

- soit pour un syndrome abdominal perforatif. Si le sujet était connu porteur d'un K.H. primitif ou d'une tuméfaction circonscrite du foie, le diagnostic est aisé en terre hydatique.

- Soit le plus généralement pour un gros ventre dont le volume croissant intrigue le malade ou pour des tumeurs multiples de l'abdomen.

Les signes fonctionnels sont habituellement discrets.

Là encore les signes cliniques associés aux données anamnestiques peuvent orienter le clinicien.

FORMES CLINIQUES

Telle est la symptomatologie rencontrée dans l'échinococcose péritonéale; mais celle-ci peut revêtir quelques aspects cliniques particuliers.

C'est ainsi qu'on peut décrire des :

1. Formes topographiques :

a) forme sus-ombilicale : qui orientent souvent vers une origine hépatique ou splénique.

Les deux localisations les plus intéressantes sont :

- la forme périhépatique :

la fixation de la collection à ce niveau est due à une barrière d'adhérences.

Dans ces conditions, comme le souligne à juste titre GRASSET dans sa thèse " le diagnostic est particulièrement difficile " tant avec les kystes hépatiques non compliqués qu'avec toutes les collections pathologiques du carrefour sous hépatique.

- Localisation à l'A.C.H. :

Au niveau de laquelle peut aussi bien se faire une greffe multiple (observation 12,17), que se former un H.P. (observation 14) ou un C.P.H. (observation 4).

Le diagnostic de cette forme clinique est surtout opératoire car il n'y a pas de signes très évocateurs.

Le tableau généralement rencontré est celui d'un abdomen plus ou moins ballonné avec parfois la possibilité de détermination de quelques masses tumorales à la palpation, sans plus.

- La forme périsplénique pure de BOURGEON :

rare, elle est due à une greffe secondaire du parasite au niveau de la corticalité de la rate avec ses trois stades anatomiques : extracapsulaire, en châteon et encapsulé.

Le diagnostic est le plus souvent opératoire.

b) F. sous ombilicales :

Particulièrement intéressantes car rien n'oriente le praticien " vers une origine hépatique de l'affection en dehors de la notion de rupture d'un kyste préexistant " ou de la disparition d'une tuméfaction de l'hypocondre. L'échinocoque peut se fixer partout :

- au niveau des F.I. et surtout de la F.I.D. (observation 7,8,17).

Quand il s'agit de quelques kystes isolés, le tableau peut égarer le diagnostic.

- Au niveau de la gouttière latéro-caecale (observation 3).

- Au niveau du paraombilic (observ.1).

- Au niveau du pelvis : localisation très fréquente, facilement compréhensible.

Lorsqu'il s'agit d'un C.P.H. ou d'un H.P., on pense à une ascite cloisonnée et chez la femme très souvent à un kyste de l'ovaire.

La greffe hydatique au niveau des organes pelviens est habituelle, le pelvis peut être totalement

bloqué comme c'est le cas dans nos observations 7,10; utérus, annexes et vessie peuvent être absolument méconnaissables (observation 12), rendant l'amputation inévitable.

Qu'il s'agisse de forme sus ou sous ombilicale, les touchers pelviens sont utiles; ils permettent dans le premier cas d'écarter une greffe pelvienne, dans les formes sous ombilicales, ils orienteront le praticien par la multiplicité et les caractères des tumeurs.

2. Formes évolutives :

a) L'H.P. et surtout le C.P.H. à rechutes : a été signalé par DE QUERVAIN et LAGOS GARCIA " dû à la réouverture plus ou moins tardive de la fistule kysticopéritonéale sous l'influence de la tension du kyste primitif sur la cicatrice souvent fragile de l'orifice de rupture ".

b) Signalons le cas rare de C.P.H. ou d'H.P. récidivé : par la rupture d'un second K.H. passé imperçu lors de la première intervention (observation de QUENU : rupture de 2 K. à 7 ans d'intervalle).

3. Hydatidocholépéritoine : (observation 9)

Forme intermédiaire entre H.P. et C.P.H., est surtout intéressante du point de vue anatomique : caractérisée par une accumulation de vésicules hydatiques vivantes flottant à la surface ou dans un liquide teinté de bile.

Ne présente aucun caractère particulier si ce n'est le classique frémissement hydatique rencontré lorsque les vésicules sont nombreuses.

4. Formes compliquées :

a) F. infectieuse : associant au tableau clinique, un état subfébrile ou fébrile (observations 4 et 11).

b) F. biliaire : avec un subictère ou un ictère franc de type rétentionnel, bien que GRASSET affirme que " les malades porteurs de C.P.H. ne présentent pas d'ictère ".

* * *

EVOLUTION - COMPLICATIONS

Livrée à elle-même, l'échinococcose péritonéale évolue lentement, progressivement vers l'aggravation. Sa durée s'étend sur plusieurs années.

Certains (rares) kystes peuvent subir une involution spontanée et être compatibles avec une longue survie : DEVE a rapporté en effet quelques cas de guérison spontanée.

Mais l'optimisme des auteurs Sud Américains qui avancent que l'affection serait spontanément curable dans 25% des cas nous paraît très exagéré.

Il faut plutôt retenir comme le souligne FERRAND que " dans 80 à 90% des cas non traités, la mort survient hâtée par de nombreuses complications outre l'intoxication hydrique chronique ".

1. La suppuration quoique rare :

C.P.H. suppuré de l'A.C.E. (observation 4),
H.P. suppuré (observation 11).

Avec ses manifestations cliniques : état fébrile et biologique : hyperleucocytose avec polynucléose, avec parfois infiltration pariétale.

2. Rupture dans un organe voisin : et particulièrement dans les voies biliaires, dans l'estomac, dans les voies urinaires, qui précipite l'évolution.

3. La compression :

a) des V.B. : sans grande répercussion.

Cause de stase et par la même de lithiase parahydrique.

b) Vasculaire :

- des veines sus hépatiques (obs. 7).

- Cause de blocage de la circulation porte ou cave inférieure à l'origine d'une H.T.P. (observation 5 et 6) avec son tableau clinique plus ou moins complet.

c) Des reservoirs pelviens :

- compression de la vessie cause de dysurie et même de rétention.
- De l'utérus cause parfois de dystocie (tumeur praevia).
- Du rectum entrainant un obstacle partiel, rarement total.
- Des uretères à l'origine d'anurie.

4. Les accidents aigus :

- type : torsion d'un K.H. pelvien
- rupture du kyste
- volvulus du grêle.

//) I A G N O S T I C

Nous voyons donc que la réputation de polymorphisme clinique de l'échinococcose abdomino-pelvienne se trouve justifiée.

Le diagnostic se présente dans des conditions de difficultés très variables suivant que le K.H. primitif ait été reconnu ou même opéré ou au contraire quand il s'agit d'un malade " neuf ".

C'est ainsi que certains chirurgiens conseillent de penser systématiquement à l'échinococcose péritonéale " dans tous les cas d'ascite gigantesque qui gardent une évolution torpide, lente ou froide " PRAT, devant tout " gros ventre " VERGOZ, en terre endémique.

DEVE a insisté sur les signes physiques qui permettent d'y songer : l'aspect subtotal, la fixité de la matité lors des changements de position du malade.

Mais comme le remarque GRASSET, le début est insidieux et rien n'oriente à priori le clinicien.

Il est évident qu'en dehors de la notion d'endémie, d'un épisode connu de rupture initiale, le diagnostic est loin d'être aisé. Il se discute avec tous les processus ascitiques ou tumoraux.

Il convient d'éliminer :

1. Les ascites médicales :

a) de la décompensation cirrhotique :
par ses caractères : sa mobilité, sa fluctuation, sa circulation collatérale, les signes d'H.T.P.

b) De la péritonite tuberculeuse :
avec sa classique matité en domier, ses troubles
intestinaux et les signes généraux.

Délicat en pratique : FERRAND rapporte que
sur 6 malades, trois ont été opérés avec le diagnostic
de tuberculose péritonéale, de K.O. et d'ascite cir-
rhotique.

c) Les ascites cardiaques)
néoplasiques) avec leur carac-
dyscrasiques) tère particulier

2. Les gros kystes du foie :

qui peuvent parfois prêter à confusion avec
un H.P. ou un C.P.H. sous ombilical.

Nous avons vu plus haut les caractères de
cette forme.

3. Certains K.H. primitifs viscéraux peuvent prendre
des dimensions énormes (jusqu'à 10-12 litres de liqui-
de hydatique) et prêter à confusion avec une collec-
tion péritonéale.

Dans ces cas, la longue évolution de la
lésion (plusieurs années) fera penser au kyste viscé-
ral fixé par des adhérences.

4. Les kystes du mésentère :

Généralement uniques, très mobiles.

5. Une place particulière doit être réservée à l'ascite gélatineuse : on retrouve cependant souvent une notion de disparition d'une tumeur pelvienne.

6. Mentionnons enfin le choléperitoine chronique : par fistulisation, fissuration ou transsudation des voies biliaires.

Certains examens complémentaires peuvent être très utiles. L'urticaire qui met si clairement sur la voie du diagnostic quand il est présent, n'existe que rarement (1 fois sur 4 pour MONDOR) après la rupture du kyste originel.

Nous connaissons les aléas des tests spécifiques hydatiques sur lesquels nous n'insisterons pas.

a) La ponction :

Classiquement contrindiquée en cas de suspicion de K.H. est autorisée dans le C.P.H. et l'H.P. puisqu'elle s'effectue à l'intérieur d'une cavité enkystée.

" Il faudra du reste avouer humblement que c'est elle qui a permis plus ou moins fortuitement dans la plupart des observations de poser le diagnostic " FERRAND.

L'aiguille peut aussi bien ramener un liquide eau de roche ou en faisant à peine varier la position, donner issue à un liquide louche ou bilieux.

L'examen microscopique du liquide peut montrer après centrifugation des crochets hydatiques (fréquemment mais pas toujours).

Mais c'est surtout la présence d'un liquide clair et d'un épanchement louche à quelques centimètres d'intervalle au cours de la même ponction qui sera pathognomonique du C.P.H. ou de l'H.P.

b) La radiographie :

- de l'abdomen sans préparation est de peu d'intérêt; elle permet de voir parfois des calcifications hépatiques ou spléniques orientant le diagnostic.

- Insistons surtout sur le pneumopéritoine : il permet de connaître l'organe infestant, l'importance de la collection péritonéale et peut donner des images pathognomoniques dans l'H.P. ou le C.P.H. " images comparables à celles qu'on a d'un avion survolant des nuages illuminés par le soleil" écrivait DEVE en parlant des niveaux liquidien avec des kystes flottants.

De plus, possibilité d'injection d'un ou de plusieurs kystes.

- Le T.G.D. permet de voir dans les formes sus ombilicales une image de refoulement de l'estomac.

- Le L.B. peut révéler une compression limitée : est utile surtout au stade de complication.

Nous penserons donc, munis de ces divers renseignements et en terre hydatique à l'échinococcose.

Nous chercherons bien entendu à étayer cette probité par des arguments confirmatifs.

Rappelons qu'il faudra toujours rechercher l'existence possible d'une tumeur hépatique ou splénique ancienne, d'un syndrome abdominal aigu, accompagné ou non d'urticaire.

Qu'il y aura lieu de rechercher les épreuves biologiques de l'hydatidose, des éléments parasitaires dans le liquide de ponction.

Notons cependant que dans ces cas non rares, le diagnostic ne pourra être posé qu'à l'intervention.

En fait, en pratique nous aurons à faire :

- ou bien à des cas heureux, où le diagnostic d'hydatidose péritonéale est posé grâce aux éléments cliniques et/ou paracliniques.

Signalons que la laparoscopie faite par un médecin compétent, spécialisé peut suffire à porter le diagnostic.

Le problème sera un problème de stratégie opératoire.

- Ou alors le diagnostic est per-opératoire : il faut donc trouver des critères d'opérabilité relevant de :

.. signes directs : malades qui saignent
malades ictériques
(type rétentionnel)
ascite + tumeur pel-
vienne.

.. Signes indirects : d'imprégnation au T.G.D., à la cholangiographie, à la scintigraphie hépatique, à l'artériographie hépatique sélective, à la S.P.G.

II R A I T E M E N T

Il n'existe actuellement pas de traitement médical de l'échinococcose et particulièrement de l'échinococcose secondaire de l'abdomen.

Les traitements médicamenteux, la sérothérapie, la vaccination, la radiothérapie se sont avérés d'efficacité douteuse voire nulle.

La ponction répétée classique des H.P. ou C.P.H. est non seulement insuffisante mais dangereuse.

Le traitement chirurgical seul curatif, bien que ses méthodes restent complexes, est actuellement admis par tous.

.- Conduite thérapeutique.

Le diagnostic d'hydatidose péritonéale posé, il faut procéder à un bilan per-opératoire du terrain.

A. EXPLORATION ET SOINS PER-OPERATOIRES

1. Bilan biologique:

Mis à part les tests caractéristiques de l'hydatidose.

Le bilan complet de la fonction hépatique est indispensable en présence des signes cliniques plus ou moins prononcés d'H.T.P. cave ou quand il existe un ictère réctionnel.

2. Bilan radiologique :

a) S.P.G. (BOURGEOIN et Coll.) : qui peut montrer au temps veineux, une gêne éventuelle au

courant sanguin, des dérivations sous hépatiques, des reflux.

Au temps chépatographique (15e-60e seconde), permet de cerner les contours du ou des kystes.

Elle opacifie parfois les veines sus hépatiques.

b) Caveographie : qui peut montrer un obstacle partiel à la circulation de retour, plus ou moins accentué.

c) Opacification des veines sus hépatiques : par cathétérisme rétrograde de la V.C.I. ou direct par la veine saphène après prises des pressions veineuses sélectives.

Ces examens deviennent parfois nécessaires en présence d'un tableau clinique d'H.T.P. ou cave.

3. Préparation opératoire :

Conditionne le bon déroulement de l'intervention et des suites opératoires chez les malades dont l'état général est loin d'être excellent :

.. dans les formes compliquées : suppurées : antibiothérapie. Hépatoprotecteurs dans tous les cas.

.. Il faudra corriger les perturbations humorales fréquentes chez ces sujets en état de choc chronique.

On a généralement recours à des perfusions I.V. glucosées ou protidiques enrichies en Vit. K et B. notam-

ment. En cas d'amaigrissement important, administration de 200 g de sang par Kg perdu.

4. Anesthésie et réanimation :

" Quand la radiomanométrie est prévue, nous pensons qu'il est préférable d'éviter toute drogue agissant sur le tonus et la motricité biliaire " P. GOINARD.

La réanimation sera poursuivie tout au long de l'intervention car les chutes tensionnelles sont fréquentes et les arrêts cardiorespiratoires ne sont pas exceptionnels (2 cas).

Le choc hémorragique doit être à tout prix évité.

B/ VOIE D'ABORD

Une exploration complète étant nécessaire, la voie médiane est réputée offrir le maximum de possibilité (sus, sous ombilicale parfois même xypho-bienne).

Notons cependant que pour la cure de l'organe infestant, les kystes du dôme sont beaucoup mieux exposés par une laparotomie oblique plus ou moins agrandie sur le thorax.

C/ EXPLORATION PER-OPERATOIRE :

Elle doit être très minutieuse.

1. Exploration manuelle et visuelle :

a) avant la vidange :

conditionne l'indication thérapeutique en cas d'hydatidose hépatique.

Elle sera réalisée avant et après la vidange du kyste.

Elle peut être réalisée par voie trans-cystique après cholécystectomie (lithiase associée) ou par ponction cholédocienne.

b) Après vidange :

qui permet d'apprécier la vacuité de la V.B.P. et l'existence possible d'une fistule.

- Exploration de la cavité adventitielle :
permettant d'apprécier le nombre exact et la nature des fistules.

D/ TECHNIQUES CHIRURGICALES :

1. Traitement des lésions péritonéales :

a) l'échinococcose multiple diffuse :

Si l'état général du malade est satisfaisant, une grande laparotomie est préférable aux petites incisions répétées.

Elle permet un inventaire exact et une exérèse en bloc des kystes parfois.

En présence de kystes multiples, la conduite à tenir est fonction du nombre, de la nature et de la

topographie des parasites, aussi aura-t-on à faire toutes les manoeuvres.

Kystectomie isolée ou en grappe, résection partielle de la coque après traitement du parasite, épiploectomie partielle ou totale, résection intestinale.

Notons cependant qu'il est inutile d'extirper les pseudotubercules hydatiques car il s'agit de forme d'involution.

Si plusieurs temps opératoires sont à prévoir, il faudra commencer par les kystes les plus gênants à savoir ceux du pelvis et notamment du cul de sac de Douglas.

Là aussi, l'attitude est variable avec le nombre, la localisation et la morphologie des kystes.

Aux opérations d'exérèse (hystérectomie, salpingectomie, ovariectomie, cystectomie partielle) s'opposent les interventions conservatrices.

" A la kystectomie parfois difficile et très dangereuse en raison des adhérences et des bouleversements topographiques, on préférera la résection partielle de l'adventice avec ablation du parasite et formolage soigneux " P. GOINARD.

" Lorsque l'hydatidose est diagnostiquée pendant la grossesse, l'intervention passé le cap des deux premiers mois, semble licite dans beaucoup de cas. La césarienne est indiquée lorsque le kyste est praevia ".

Il faudra toujours autant que faire se peut, rechercher les uretères pour être sûr qu'ils sont préservés.

En fait comme l'écrit FERRAND : " chaque cas a sa solution échelonnée dans le temps et dans l'espace. La patience et le bon sens guideront l'étendue de l'exérèse ".

b) Hydatide et cholépéritoinc :

Si le malade est vu à la phase de rupture, il sera opéré le plus tôt afin de faire une toilette péritonéale complète en descendant du diaphragme au pelvis.

" Elle paraît illusoire ne pouvant être que mécanique et non chimique en raison des dangers de résorption du formol par le péritoine " P. GOINARD.

Si le sujet est opéré au stade d'H.P. ou de C.P.H. c'est à dire lorsque l'enkystement est réalisé ou est en voie de formation, 2 opinions s'affrontent :

- la vidange simple :

de la poche, après une petite incision avec ou sans neutralisation du parasite (beaucoup d'auteurs préfèrent utiliser le sérum salé hypertonique), marsupialisation et drainage continu temporaire.

Les résultats seraient bons au bout de quelques jours à quelques semaines.

Il s'agit d'une intervention mineure que les auteurs classiques préféreraient aux dangers de l'extirpation, confiants de la résorption de cette membrane d'enkystement.

Mais ce geste n'est pas sans entraîner des complications à type de :

- . fistules avec leurs lourdes conséquences : déshydratation, déperdition protidique, suppuration chronique, éventration.

- . Laisse au péritoine le maximum de chances pour créer des adhérences, une infection.

On est obligé d'avoir recours à cette méthode quand on se trouve devant des poches imparfaitement organisées, devant un granulome inflammatoire en évolution connaissant les risques d'hémorragie et de déperitonisation.

Une intervention ultérieure est à prévoir éventuellement pour un meilleur nettoyage.

- L'extirpation de la membrane d'enkystement après sa maturation (2-5 mois après la rupture du kyste viscéral) prouvée sans gros risques pour le malade surtout depuis les travaux de PEREZ FONTANA.

Elle ne peut d'ailleurs que lui être bénéfique, puisqu'elle accélère sa guérison en restituant complètement la cavité péritonéale. Elle a de plus une action parasiticide totale et durable.

Au stade de maturation, l'extirpation est souvent facile, la membrane se laisse peler comme une poche herniaire.

Son décollement doux permet une hémostase à vue des tractus vasculaires.

Par endroits, cette poche est fortement adhérente aux viscères creux notamment; il convient de ne pas y toucher et d'imbiber les lambeaux de sérum salé hypertonique.

La membrane d'enkystement est habituellement organisée, facile à extirper dans l'H.P., contrairement à celle du C.P.H. qui est plus épaisse et plus riche en néovaisseaux.

C'est elle qui cause au chirurgien le plus de soucis par ses adhérences multiples.

De plus, pour le C.P.H. se pose le problème de la fistule biliaire qu'il faut traiter en premier lieu à cause de ses dangers pour le malade.

Dans certains cas de C.P.H., l'exérèse de la néomembrane est pratiquement impossible, on devra se contenter alors d'un drainage.

2. Traitement du viscère infesté :

a) S'il s'agit de la rate : le problème est simple, il se résume le plus généralement à une splénectomie radicale.

b) S'il s'agit du foie : se posent alors des problèmes parasitaire, cavitaires et biliaires.

. Le problème parasitaire : dont les modalités sont codifiées de façon univoque. Après aspiration du contenu kystique, sous couvert de protection soigneuse du champ opératoire, grâce à un barrage de compresses imbibées de formol à 2% (DEVE) ou de sérum salé hypertonique à 15% (PEREZ FONTANA) la kystostomie est réalisée sans danger.

. Le problème cavitaire : pour lequel s'opposent :

.- les methodes conservatrices qui font appel : au drainage externe, dont la méthode la plus simple est la marsupialisation avec ses aléas car la cavité, le perikyste et les lésions biliaires sont laissés en place.

De plus, si le kyste est ancien, malade, cette méthode est grevée de complications : une mortalité de 20%, une morbidité très importante (thèse de MOUIEL).

.- Réduction sans drainage :

- réduction de la poche fermée : qui donne une guérison dans 50% mais souvent le reflux post-opératoire de bile provoque une suppuration.

- Réduction avec épiploon plastique (GOINARD) : mais lorsque la cavité est volumineuse, elle est imparfaitement comblée par l'épiploon, de même que les fistules biliaires qui ne sont pas colmatées.

- Réduction après mise à plat
(MABIT) :
cette résection du dôme saillant est aisée et bénigne,

avec épiplooplastie de tamponnement ou suture endokystique des V.B. peu efficace, voire dangereuse dans les vieux kystes calcifiés et dans les larges communications biliaires.

- Drainage interne : avec les méthodes de GOINARD, PELISSIER :

- la réduction avec sphinctéroplastie large : visant à utiliser les fistules biliaires pour assurer la vidange interne des sécrétions. Mais le problème du périkyste restant entier, on a fait appel à :

- la kystojéjunostomie : de la réalisation délicate : montage d'une anse intestinale en Y après traitement du kyste, que l'on fixe aux berges de l'orifice de kystostomie.

- Méthodes d'excision :

- kystectomie totale reprise par CONSTANTIN : qui supprime le périkyste; les fistules biliaires sont suturées à vue mais le risque d'hémorragie est grand; présente deux variantes :

- .-. la périkysectomie à kyste fermé : à réserver aux petits kystes à cause des dangers de rupture.

- .-. La périkysectomie à kyste ouvert : de pratique plus longue et plus minutieuse.

- Kystoréssection (BOURGEOIS)

Extirpation du périkyste et du tissu avoisinant compromis fonctionnellement.

C'est une méthode radicale.

. Réssection réglée : qui nécessite un bilan hépatique complet et précis. Le foie est sectionné selon des plans anatomiques connus après ligature des pédicules du secteur parasité.

Ce sont cependant des interventions choquant-
tes.

-- Le problème biliaire :

.. les fistules :

- suture par voie endokystique
pour les larges fistules (BOURGEON).

Mais les reflux biliaires sont fréquents.

- Le drainage interne kystocho-
lédocien : par drain en T après désobstruction cholé-
docienne et vidange du kyste.

.. Au niveau des V.B.E.H. :

- aux complications de la chole-
lécystostomie, on préfère la cholécystectomie.

- A l'égard de la V.B.P.

() la cholédocotomie avec
ou sans sphinctéroplastie : le drainage par drain
de KEHR évitera la rétention post-opératoire.

() La sphinctéroplastie
(GOINARD, PELISSIER) : BOURGEON conseille de faire
une papillotomie, c'est à dire respectant le sphincter
du cholédoque.

.. Indications :

" Chaque malade pose un problème particulier, c'est pourquoi si aucune méthode n'est générale, aucune méthode n'est à rejeter " thèse de MOUIEL.

La tactique opératoire dépendra du bilan viscéral général, de la topographie du parasite et des répercussions biliaires.

- Bilan viscéral général : clinique, biologique et radiologique.

Ces malades fréquemment en état de choc chronique supporteront difficilement des interventions longues et complexes.

- Topographie du kyste :

.- les kystes du pôle du foie : relèvent de la périkystectomie avec suture des ouvertures biliaires. Hépatectomie lorsque largement ouverts aux V.B.

.- Les kystes médians :

... kystes du dôme :

Mise à plat, si le kyste est ouvert dans les V.B., périkystectomie et suture des V.B.

... Kystes juxtapédiculaires :

périkystectomie subtotale pour éviter les dangers de la décortication en cas de fistules biliaires parfois même anastomose kystojéjunale.

.- Les kystes profonds :

... les kystes centraux : avec larges fistules mais adventice souple: kystojéjunostomie de sécurité.

Ceux qui font saillie dans un kyste déjà traité doivent être traités par cette voie.

Il se draineront donc dans le kyste superficiel.

Notons que certains kystes de la convexité droite peuvent demander un 2ème temps opératoire par abord transpleurodiaphragmatique.

- Leur multiplicité : ne pose pas de problèmes spéciaux : chaque kyste doit être traité selon l'état de son adventice ouverte ou non aux V.B.

L'hépatectomie trouve largement son indication quand les kystes sont nombreux et groupés.

- Les rapports avec les V.B. :

• lésions biliaires intrahépatiques: l'épiplooplastie peut parfois assurer le colmatage.

• A l'étage extrahépatique :

.. lésions de la V.B.A. : qu'elle soit inflammatoire ou lithiasique, nous préférons la cholécystectomie aux déboires des complications de la cholécystostomie.

.. Lésions de la V.B.P. :

-o- obstruction cholédocienne par débris calcaires ou vésicules : sphinctérotomie de mise en cas de lithiase.

-o- lorsque obstacle par des éléments parasitaires,

BOURGEOON recommande une exploration biliaire, traitement du kyste puis au besoin cholédocotomie pour nettoyer la V.B.P. ; une nouvelle cholangiographie de contrôle est pratiquée après sa fermeture.

En fait deux tendances dominant, celle de :

- . BOURGEOON qui propose une cure radicale du complexe kyste - pèrikyste, et des gestes mesurés vis à vis des V.B.
- . GOINARD, PEGULLO et PELISSIER pour lesquels il faut traiter : et le kyste originel et la V.B.P. par sphinctéroplastie large.

- les kystes compliqués :

= l'H.T.P. (Portale) :

Susceptible de céder avec le traitement du kyste comprimant.

La gravité de l'état général de ces malades ne permet pas de tenter une anastomose portocave.

= l'H.T. du système cave inférieure :

Peut également céder avec le traitement du kyste responsable mais comme nous l'avons cité plus haut l'intervention est souvent compromise par une virole scléreuse.

= la rupture dans les viscères avoisinants :

nécessitera outre le traitement du kyste, une restitution du viscère lésé.

Une place particulière doit être réservée à la rupture dans le poumon et les bronches.

Les techniques dépendront des conditions :

- ° cliniques : date de rupture, existence ou non d'un ictère, phénomènes de suppuration.
- ° radiologiques : fournis par la bronchographie lipiodolée.

Le plus souvent on a recours à la thoracolaparotomie dans le 9^e espace inter costal (E.I.C.) pour traiter le kyste hépatique et fermer l'orifice diaphragmatique.

Dans un 2^e temps, une thoracotomie dans le 7^e E.I.C. traitera les lésions pulmonaires.

Parfois la suppuration pulmonaire grave et rebelle au traitement adéquat, entraînera l'exérèse pulmonaire d'emblée par thoracolaparotomie dans le 9^e E.I.C., un 2^e temps est prévu pour les lésions hépatiques.

En pratique, le traitement doit comporter deux volets :

- un volet prophylactique)
 - un volet curatif)
- (obéissant aux " règles de
QUENU "

A- Traitement prophylactique :

qui tient de 2 préceptes :

1- opérer sans retard tout K.H. diagnostiqué :

" Un kyste, chose fragile est un danger permanent pour son hôte, c'est du point de vue mécanique, une boule d'eau prête à se rompre " QUENU.

2- opérer sans ensemençer :

Ce traitement du parasite, quelque soit le soin des protections, ne peut se faire, sauf exception, que sous le couvert de solutions parasitocides.

Il faut à cet égard souligner l'universalité des solutions de formol à 2 ou 4 % ; c'est à lui qu'il faut avoir recours partout ailleurs que dans le poumon en raison des risques d'irritation bronchique, et que dans les séreuses en raison de son risque d'absorption toxique pour lesquels on utilise du S.G.H. à 50 % ou de préférence du S.S.H. à 15 %

Les principes ont été parfaitement établis par DEVE en 1902 et mis en pratique la même année et pour la pre-

mière fois par QUENU dans le service de COCHIN.

- a) ponction-évacuation du kyste
- b) injection dans la cavité de formol
- c) attente de 2 à 5 minutes
- d) ouverture large et évacuation du contenu de la poche.

B- Traitement curatif :

- 1- Quelque soit le nombre et le volume des kystes, il faut opérer.
- 2- Lorsque les kystes sont très nombreux, le malade ne doit pas être opéré en une seule séance.
- 3- Quant à l'ordre dans lequel doivent être menées les interventions successives, il convient de commencer par les kystes les plus dangereux :
 - ceux du pelvis qui se trouvent dans une cavité osseuse inextensible et exposent les viscères aux accidents de compression.
 - ceux qui menacent ou compriment déjà la V.C.I., le tronc porte ou les veines sus hépatiques.

DEVE recommande de traiter en dernier lieu le kyste originel.

II O N C L U S I O N S

L'échinococcose péritonéale avec ses deux formes particulières, survient généralement à la suite de la rupture en apparence spontanée, parfois traumatique d'un kyste hydatique hépatique, splénique ou exceptionnellement rénal.

C'est une affection grave, non rare, dont la symptomatologie est assez polymorphe.

Il s'agit le plus souvent d'un ventre bosselé (10 cas sur 18) ou ascitique (4 Cas), d'évolution torpide ne se manifestant parfois qu'au stade de complication.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé : si chez certains malades, le diagnostic est affirmé ou confirmé par les éléments cliniques et/ou paracliniques, dans un nombre non négligeable de cas, il n'est posé qu'à ventre ouvert.

D'évolution spontanée, lente et progressive, cette affection évolue vers la mort par cachexie, celle-ci pouvant être hâtée par les nombreuses complications que nous avons passées en revue.

" On ne doit pas abandonner ces malades, il faut les opérer. La chirurgie peut réussir à les guérir. A défaut de guérison absolue, elle leur procurera souvent en se bornant à un rôle palliatif, une longue survie compatible avec une existence

active ", déclarait DEVE en 1939 au 4e congrès de chirurgie en YOUGOSLAVIE, s'opposant à l'opinion pessimiste des auteurs classiques pour lesquels les malades atteints de kystes péritonéaux multiples étaient en dehors des ressources thérapeutiques et condamnés à mourir dans un temps plus ou moins long.

Le traitement chirurgical est en effet seul efficace ; il visera un double but :

1- l'évacuation de l'H.P. ou du C.P.H.

L'exérèse quand celle-ci est possible de la membrane d'enkystement :

- la cure de l'hydatidose en cas de greffe péritonéale, en vue de restituer aussi complètement que possible la cavité abdominale.

2- le traitement radical du kyste originel :

Le chirurgien sera prudent et patient, il ne doit pas hésiter à procéder en plusieurs temps chez ces malades fragiles pour le nettoyage de l'abdomen.

Quant à la technique chirurgicale, elle est variable car à chaque malade correspond une solution thérapeutique particulière.

Les résultats obtenus sont encourageants :

Sur nos 18 malades, 17 ont été opérés en un ou plusieurs temps
13 ont quitté le service rétablis dont :

- 7 ont été suivis par la consultation
- les 6 autres n'ont pu être revus.

4 malades sont décédés au cours des suites opératoires.

- 3 dans un tableau de coma hépatique
 - 1 " " " " " biologique
- ce qui représente un taux de 22 %

Notons que ces 4 malades présentaient un état fortement affaibli.

Il faudra à cet effet insister sur l'importance capitale de la préparation opératoire et de la réanimation pré, per et post opératoire.

Enfin, si le traitement chirurgical est seul curatif, il ne faut pas perdre de vue le traitement prophylactique tout aussi conséquent, parfaitement illustré par cette réflexion de P. GOINARD.

" L'hydatidose péritonéale avec ses disséminations effrayantes est un épouvantail qu'il faut avoir constamment à l'esprit lorsqu'on opère un kyste viscéral de l'abdomen, pour s'astreindre à son traitement préventif avec une méticuleuse conscience".

OBSERVATIONS ET IICONOGRAPHIE

EXPOSE DES OBSERVATIONS

Observation 1 :

B. Zouina, originaire de Sétif, admise le 21.X.1966, pour tumeur abdominale de la taille d'une masse occupant tout l'hémi abdomen.

• Cliniquement :

Tumeur ferme, douloureuse, très mobile, non adhérente aux plans profonds et superficiel.

• Examens complémentaires :

Réaction de Casoni positive

T.G.D. : Refoulement vers la gauche du balancier gastrique.

L.B. : le côlon transverse est à concavité supérieure.

• Intervention le 4.XI.66 :

Laparotomie médiane sus ombilicale (L.M.S.O.), à l'ouverture du péritoine, on trouve un volumineux K.H. occupant tout le lobe gauche avec un collet le reliant à un K. extrahépatique.

- 1er temps : Cholangiographie transvésiculaire = Bon passage duodénal, V.B.P. injectée malgré un flou à la jonction duodénale.

Refoulement des V.B. du pédicule gauche.

- 2e temps : Résection totale du K. abdominal.

Résection subtotalaire après vidange du K. viscéral.

L'injection au bleu de méthylène, non suivie d'extériorisation au niveau de la plaque kystique laissée en place.

Drainage.:

• Suites opératoires :

Décès le 27.XI.66

Observation 2 :

G. Zakia, 34 ans, originaire de Sétif, admise le 7.XI.70 pour syndrome douloureux abdominal et masses tumorales multiples.

. Cliniquement :

Une formation tumorale épigastrique évoluant depuis 1 an
ronde, bien limitée, très superficielle, ferme, irrégulière.
mobile qui s'est fistulisée à la percussion.

Une masse du flanc droit, lisse, régulière.

Une légère splénomégalie.

Au niveau de l'hypogastre, une cicatrice de césarienne et
une masse étendue, bien limitée, saillante sous la paroi
amincie avec 3 "mamelons". Frémissement liquidien à la
percussion.

. Examens complémentaires :

Abdomen sans préparation (A.S.P.) : calcifications intrahépatiques et de la loge rénale droite.

Scintigraphie hépatique : lacune du bord inférieur du foie.

Urographie intra-veineuse (U.I.V.) : Rein droit muet.

. Intervention le 2.XII.70 :

L.M. à cheval sur l'ombilic :

- 3 K.H.F. du lobe droit, du lobe gauche et un K. médian: péricystectomie.
- 3 K.H.F. épiploïques : ablation.
- Un K. multisacculaire des grands droits : exérèse.
- Un énorme K. du pôle supérieur du rein droit ouvert dans les voies urinaires, suppuré : péricystectomie ménageant le pôle inférieur; fermeture du bassinot sur sonde ressortant par le bas.

Fermeture sur Redon.

. Bonnes suites opératoires.

Sortie le 22.XII.70

Observation 3 :

K. Mohammed, 37 ans, hospitalisé le 8.V.66 pour névralgie sciatique, type S1, avec signe de Lassègue positif et un mal de Pott, type L1 - L2.

. Biologiquement :

Aucune anomalie.

. Laparotomie exploratrice le 10.V.66 :

découvrant une échinococcose diffuse avec un volumineux kyste du lobe droit du foie.

- Kystectomie totale de 2 K. très volumineux placés dans la gouttière latéro-caecale.

- Un K.H. de la corne droite de la vessie englobant le rectum, l'uretère :

La kystectomie s'avérant impossible, on ouvre le kyste, on le vide, on le curette et on fait une kystectomie partielle avec fermeture.

- On vide le K.H.F., résection du dôme saillant.

Fermeture de la paroi sans drainage.

. Bonnes suites opératoires.

Sortie le 2.VIII.66.

Observation 4 :

C. A. Rabah, 20 ans, originaire de Tébessa, admis pour ascite le 11.V.67.

- . Les différents examens radiologiques, et biologiques ne révélèrent rien d'anormal.
- . La ponction montre qu'il s'agit en fait d'un cholépéritoine.
- . Intervention le 15.V.67 :

La L.M.S.O. révèle un liquide biliaire en quantité très importante (10 à 12 litres).

- 1er temps : Exploration qui montre un cholépéritoine localisé à l'A.C.E.

Après évacuation de la membrane hydatique, on constate que le cholépéritoine est en rapport avec un énorme K.H. de la face inférieure du lobe G. et du lobe de Spiegel ; kyste suppuré à contenu biliaire ayant entraîné l'atrophie du lobe G. du foie.

- 2e temps : Dissection et exérèse de la poche qui est très adhérente à l'estomac et au diaphragme, complétées par une hépatectomie gauche le long du ligament rond. Tunnellisation de la calotte kystique restante sur drain de polythène.

- 3e temps : L'injection du bleu de méthylène ne révèle aucune communication avec le reste du kyste, mais le reflux fait penser à un mauvais passage (cholécystite).

- 4e temps : Cholécystectomie, duodénotomie et sphinctérotomie montrant une importante oddite scléreuse.

Fermeture en 3 plans sur lame soushépatique & antibiotiques

N.B. il n'existe pas de calculs dans la vésicule.

- . Bonnes suites opératoires.

Sortie 1.VI.67.

Observation 5 :

Malade âgé de 40 ans, originaire de Constantine, admise le 18.V.67 pour hépatomégalie et douleur de l'Hypocondre droit.

. Examens paracliniques :

Réaction de Casoni positive.

T.G.D. : refoulement à gauche de l'estomac et du pylore.

. Intervention le 25.V.67 par L.M.S.O.

qui montre une hydatidose péritonéale diffuse.

C'est ainsi qu'on note :

- 2 K.H.F. au niveau du lobe D. dont un profond nécessite une incision de Rio Branco pour sa cure.
- 2 kystes sur le mésocôlon transverse.
- 1 sur le dôme vésical.

La vésicule biliaire et lithiasique.:

On pratique alors :

- ° formolage et résection du dôme saillant des K.H.F.
- ° cholécystectomie.
- ° Excision en totalité des kystes péritonéaux.

. Suites opératoires normales.

Sortie le 26.VI.67.

Observation 6 :

A. El Kaïma, âgée de 39 ans, originaire du Constantinois, hospitalisée pour hépatomégalie importante le 15.V.67.

. Cliniquement :

Deux masses kystiques paraissant se cantonner au lobe D.

. Biologiquement :

Réaction de Casoni positive.

Discrète note d'insuffisance hépatique.

. 1ère intervention le 18.V.67 sous A.G. :

L.M.S.O. qui montre une hydatidose péritonéale généralisée avec au moins 8 kystes :

- 4 K. sont cantonnés au niveau du foie dont 2 à la partie postérieure du lobe D. ; le plus profond latéro-cave nécessitera une contre incision de Rio Branco pour sa cure.

Le 3e à la face supérieure du lobe D.

le 4e sus vésiculaire est ouvert dans les V.B.

- les K. péritonéaux sont répartis comme suit :

° 2 sur le mésocôlon transverse.

° 1 sur le mésentère.

° 1 sur le dôme vésical.

Le couple spléno-hépatique est le siège d'une H.T.P. :

la veine cystique monstrueuse, se dispose en accordéon à la face inférieure de la vésicule.

Celle-ci renferme 6 cailloux.

La cholangiographie transvésiculaire montre un cholédoque petit mais perméable ; les V.B.I.H. sont dilatées.

Le K. paravésiculaire est nettement injecté.

Traitement des K.H.F. par formolage et résection du dôme saillant.

Oblitération de la fistule du K. paravésiculaire.

La cure du K. postérieur a nécessité une vidange à travers la cavité résiduelle du K. cystique.

Ce qui entraîna un choc cardio-respiratoire avec T.A. à 7/4.

Les K. péritonéaux sont excisés en totalité.

Le choc opératoire et la modification du calibre des vaisseaux ne permettent qu'une cholécystostomie.

. Fermeture sur drainage.

. 2e intervention le 11.VIII.67 pour fistule biliaire externe chronique et continue.

On trouve au niveau du fond de la vésicule biliaire une fistule productive.

L'épreuve au bleu de méthylène est négative.

On pratique difficilement une cholécystectomie.

Fermeture sur antibiotiques.

. Bonnes suites opératoires.

Sortie le 30.VIII.67.

Observation 7 :

D. Messaouda, 43 ans, originaire de Constantine est admise le 9.VI.67 pour syndrome douloureux de l'H.D. et hépatomégalie. On retrouve une notion d'intervention sous costale droite pour affection biliaire ou hépatique, d'origine indéterminée, 3 ans auparavant.

En outre, présence de 2 masses dures, régulières, arrondies dans les 2 fosses iliaques. (F.I.)

. Intervention le 28.VI.67 :

qui révèle après thoraco-phréno-laparotomie :

- Des K.H. multiples du dôme et de la face postérieure du lobe D. du foie.
- Un K. rétropéritonéal polylobé de la F.I.D.
- Un K.H. multilobé des annexes.
- Un K.H. rétroutérin plongeant dans le Douglas.
- Un K.H. multilobé de l'ovaire G.
- Un K.H. polylobé de la paroi latéro-utérine G.

Au niveau du foie : ponction-réduction du volumineux K.H. du lobe D. ainsi que des 3 autres supérieurs atteignant la veine sushépatique D.

Curc de 3 K. de la face inféro-externe.

Les K. rétro-péritonéaux sont enlevés en bloc.

Ablation totale du K. de l'ovaire D. dont on ne retrouve aucune trace ainsi que les K. annexiels G.

Un K. pelvien G. et ponctionné avant la résection du dôme saillant.

Fermeture sur antibiotiques.

. Suites opératoires satisfaisantes.

Sortie le 2.XI.67.

Observation 8 :

E. Yamina, âgée de 39 ans, originaire de Mouzaïa-ville, entrée le 12.IX.69 pour syndrome d'hypertension portale. Notion d'hospitalisation en 1967 pendant 3 mois pour ascite dont la ponction s'est révélée à plusieurs reprises blanche. Le T.V. difficile, n'est pas instructif.

. Intervention le 15.IX.69 par L.M.S.O. :

On évacue 17 litres d'un volumineux hydatido-cholépéritoiné. Au sein du liquide, se trouvent des vésicules filles de dimension inégale.

Dissection patiente de la totalité de la cavité kystique qui moule intimement le revêtement péritonéal avec insertion à la périphérie du pavillon.

À la fin de l'intervention, le péritoiné pariétal postérieur a été excisé et la trompe gauche réséquée.

À droite, on fait une excision du pavillon tubaire avec conservation de l'ovaire.

Le bilan final permet de rattacher l'hydatido-cholépéritoiné à un K.H.F. du lobe G.

Le foie est en outre porteur de 2 kystes gros comme une orange, intimement fixés au diaphragme.

. Bonnes suites opératoires.

Sortie le 20.X.69.

Observation 9 :

Z. Fatima, 41 ans, originaire de Sour El Ghozlane, admise le 31.VIII.66 pour hépatomégalie dont l'apparition remonterait à 8 ans.

. A l'examen :

La palpation de l'abdomen retrouve :

- ° Une hépatomégalie de 5 travers de doigt dont on ne sent pas le bord antérieur, peu sensible.
- ° Deux tumeurs hépatiques :

L'une de l'H.D. de la taille d'une orange, peu douloureuse, rénitente.

L'autre s'étend jusque sous le rebord costal G., de la taille d'une mandarine, plus douloureuse.

- . Impossibilité matérielle de pratiquer les examens complémentaires pré-opératoires.

. Intervention le 19.IX.66 par L.M.S.O. sous A.G. :

- 1er temps : A l'ouverture du péritoine, un bilan rapide permet de découvrir 3 K.H.F. tous cantonnés au niveau du lobe D.
 - * le 1er est juxta et sus vésiculaire, sa cure nécessite une cholécystectomie (vésicule lithiasique) après cholangiographie transcystique qui montre un assez gros cholédoque, un canal hépatique droit tiré et filiforme, le gauche n'est pas injecté.
 - * le 2e occupe le secteur pariétal du lobe D., il affleure la face inférieure du foie et la face antérieure du rein. Sa cure est menée par voie inférieure.
 - * le 3e kyste est intralobaire, découvert au cours de la cure des 2 autres et exploration des cavités résiduelles. C'est le plus volumineux des trois.

Il est traité à travers le fond du kyste supravésiculaire.

- 2e temps : Exploration de l'étage sous mésocolique. Libération et individualisation avec extériorisation d'un kyste ayant les dimensions d'une grande pastèque contenant 2,5 litres environ, pesant 1,7 kg ; poche flacide, résistante, renforcée par des plages calcifiées par endroits.

On termine l'intervention par un nettoyage de la cavité abdominale, révision et hémostase.

Fermeture en 3 plans.

- R. Notre attitude vis à vis des poches résiduelles a été la suivante :

Statuquo pour les 2 K. extériorisés parce que le dôme a été réséqué largement, quant à la poche résiduelle du kyste central, ses lèvres ont été amarrées à la face profonde, et sa cavité comblée avec le côlon.

Un drain a été installé dans la cavité résiduelle.

. Suites opératoires normales.

Sortie le 9.XI.66.

Observation 10 :

B. Louahma, âgée de 54 ans, originaire du Constantinois est hospitalisée le 10.XII.68 pour tumeur du foie.

. Diagnostic radiologique :

K.H.F. rompu dans les bronches; la malade ayant fait une vomique importante dans le service.

. Intervention le 10.I.69 par L.M.S.O. :

qui permet de découvrir un K. postéro-supérieur du foie rompu dans les bronches.

Une effraction du kyste permet l'issue d'un liquide purulent, bilieux ainsi que des membranes de vésicules filles. Résection après thoraco-phrénotomie droite de la calotte saillante du 1er kyste fistuleux ainsi que du 2e kyste. La vésicule biliaire bourrée de calculs est fistulisée dans l'estomac.

En outre on remarque une splénomégalie importante, 2 K. développés dans le ligament gastro-colique et une multitude de kystes dans l'excavation pelvienne.

On pratique alors :

- Une cholécystectomie et cure de la fistule bilio-digestive
- Ablation des kystes et du ligament gastro-colique.
- Cure d'un K. gastro-splénique rompu accidentellement.
- Ablation d'un K. du tablier épiploïque.
- Dissection laborieuse et minutieuse d'autres kystes multiples : certains situés sur le dôme de la vessie, un en avant de celle-ci, d'autres au niveau de l'espace vésico-utérin et enfin des K. rétro-utérins.
- ovariectomie et annexectomie gauche, ligature de la trompe droite et repéritonisation sur drain de Redon.

. Bonnes suites opératoires.:

Sortie le 20.I.69.

Observation 11 :

H. Fatima, âgée de 70 ans, originaire de Bou Saâda, est opérée en urgence le 26.VII.69 pour syndrome occlusif.

L'état général très altéré de la malade n'a pas permis la pratique d'examens complémentaires et notamment d'A.S.P.

. Laparotomie médiane sus et sous ombilicale :

qui donne issue à une importante quantité de gaz suivie d'un flot de pus verdâtre, contenant d'innombrables membranes hydatiques.

Aspiration d'environ 8 litres de liquide.

L'exploration révèle que l'on se trouve à l'intérieur d'une poche remplissant toute la cavité abdominale, du diaphragme au pelvis.

Sa partie extérieure adhère à la paroi abdominale, sa paroi postérieure est intimement adhérente à tous les viscères abdominaux qu'elle recouvre, la portion supérieure communique par un orifice avec un K.H.F. de la taille d'un gros ballon développé au niveau du lobe D. et contenant un liquide jaunâtre témoignant de l'existence d'une fistule biliaire.

On se contente de cliver la paroi antérieure que l'on résèque, mettant ainsi à plat la poche abdominale.

On place un drain dans le K.H.F. et un autre dans l'H.G.

. Suites opératoires trainantes.

Sortie le 2.X.69.

Observation 12 :

M. Louiza, 33 ans, originaire de Constantine, entrée le 20.XI.67 pour tumeurs abdominales multiples.

. Cliniquement :

On note de nombreuses saillies de l'abdomen, intra-péritonéales et un cul de sac de Douglas (C.D.S.) absolument comblé.

. Réaction de Casoni faiblement positive.

. 1ère intervention le 29.XI.67 par L.M.sus et sous ombilicale : qui permet de découvrir une vingtaine de K. de dimensions différentes développés dans l'A.C.E. et accolés aux deux feuillets du ligament gastro-colique, de la bourse postérieure des épiploons.

Résection de tout ce chapelot.

Au niveau du petit bassin, on trouve une échinococcose pelvienne multiple entourant l'utérus, la vessie et le vagin.

Après dissection extrêmement laborieuse de la vessie, on pratique une hystérectomie totale qui seule permet la libération de 2 volumineux K. qui plongeaient dans le C.D.S.

Ablation d'un gros K. développé dans le petit épiploon. Une énorme masse kystique au contact de la rate fait prévoir un 2e temps opératoire.

. 2e intervention le 10.I.68 :

Une incision transversale nous montre un K. de la grosseur d'un gros pamplemousse adhérent au lobe G. du foie, au diaphragme et à la rate.

Ablation du K. qui s'est perforé ; splénectomie laborieuse en raison des adhérences.

Ponction et résection d'un K.H.F. calcifié du dôme ainsi que d'un 2e K. de la face postérieure du foie.

Fermeture sur drain.

. Bonnes suites opératoires.

Sortie le 26.I.68.

Observation 13 :

M.T. Fatma, 28 ans, originaire de ?, opérée le 1.IV.70 en urgence pour syndrome d'hémorragie interne après traumatisme du creux épigastrique lors d'une chute.

- . Sous A.G. laparotomie à cheval sur l'ombilic qui montre des organes génitaux sains, un Douglas plein de sang.

Il s'agit en fait d'un énorme K.H. de la face inférieure du foie rompu.

Dans la cavité péritonéale, on découvre un K.H. contenant 1,5 litre de liquide (sérum ?), paravésiculaire gauche avec arrachement de la vésicule de son lit.

Cette dernière renferme une microlithiase.

- 1er temps: Formolage et ablation de la membrane kystique.
- 2e temps : Cholécystectomie avec drainage transcystique
- 3e temps : Le K. est traité par une tunnellisation sur un drain après résection du dôme saillant.

On découvre une fistule biliaire dans la poche kystique.

Fermeture sur antibiotiques.

- . Suites opératoires normales.

Sortie le 30.IV.70.

Observation 14 :

B. Yamina, âgée de 65 ans, originaire de Batna, opérée 3 ans auparavant pour K.H.F., entrée pour hydatidose péritonéale probable.

. A l'examen :

elle présente un météorisme abdominal, un ventre distendu parsemé de taches blanchâtres ; des masses arrondies de volume variable occupant tout l'abdomen.

La palpation n'est pas douloureuse sauf au niveau de l'hypogastre.

L'abdomen est plus souple à gauche.

. L.M.S.O. itérative le 25.VIII.70 :

On tombe sur deux K. sous cutanés et un gros K. du petit épiploon qui sont énucléés.

On découvre ensuite un énorme K. bilobé de l'A.C.E. aspiré, formolé et nettoyé.

Un kyste du bord antérieur du foie qui est vidé, formolé avec résection en partie de la poche.

La vésicule est ouverte accidentellement, on se contente de drainer à l'aide d'une sonde de PEZZER,

Drainage et formolage d'un gros K. postérieur du lobe D.

La découverte d'un gros kyste de la rate impose la splénectomie.

L'étage sus mésocolique est alors nettoyé.

Devant l'état de la malade, on arrête l'intervention, reportant à un second temps le nettoyage de l'étage sous-mésocolique.

Fermeture en 2 plans sur cholécystostomie et un drain de Redon dans les loges splénique et hépatique.

Malade en collapsus.

. Décès le 28.VIII.70 dans un tableau de choc.

Observation 15 :

A. Lalia, 53 ans, originaire de Tiaret, admise le 4.VIII.71 pour tumeur de l'H.G. dont la date d'apparition remonterait à 7 ans.

. Cliniquement :

Douleurs violentes intermittentes

Voussure de l'H.G. dont la palpation révèle une masse dure, régulière, descendant jusqu'à la ligne ombilicale et débordant la ligne médiane.

. Examens complémentaires :

Cartographie hépatique : foie petit, mal limité, aplati.

Carboxygraphie : compression incomplète de la V.C.I. entre D 10 et L2 par la tumeur de l'H.G.

Téléthorax : opacité ronde de la base droite : K.H.P.

. La malade est opérée le 31.VIII.71 :

A l'intervention :

- K.H. rate : splénectomie difficile.

- exérèse du tablier épiploïque qui est truffé de K.

- évacuation après formolage de 3 K. pelviens dont 2 sont supra-vésicaux et 1 du Douglas.

- Cure d'un K.H. du bord antérieur du foie.

. Deux jours après l'intervention, la malade présente des hématémèses.

. Réintervention pour exploration le 3.IX.71 :

- Gastrostomie qui montre un estomac plein de caillots.

Après toilette, on la surprise de découvrir 5 ulcères aigus de stress dans la moitié inférieure de l'estomac. L'E.G. très altéré de la malade n'en permet que l'enfouissement dans les replis muqueux.

Au fond d'un ulcère, une artère de calibre appréciable saignait par jet.

. Les suites opératoires sont marquées par un méloona, des clochers fébriles, un liquide bilieux évacué après ablation du drain du syphonage.

. Nouvelle intervention le 15.IX.71

Décès le 18.IX.71 dans un tableau de coma biologique.

Observation 16 :

B. Haïzia, 52 ans, originaire de Sétif, hospitalisée le 8.IX.71 pour de nombreuses tumeurs abdominales, probablement des K.H., dont l'apparition remonterait à 1952.

Cette même année, la malade est opérée pour K.H.F.

Réapparition de ces tumeurs en 1964.

A son admission en urgence, la malade est très asthénisée, pâle, souffrante, présentant des taches purpuriques, des O.M.I.

Son abdomen est augmenté de volume, tendu, douloureux à la palpation avec une ascite (++) ; les limites du foie sont difficiles à percevoir.

L'examen des différents appareils ne montre rien de particulier.

• Examens complémentaires :

Le téléthorax montre une surélévation de l'hémicoupe diaphragmatique G..

La scintigraphie hépatique révèle "un foie très augmenté de volume, amputé des 2 côtés par des lacunes compatibles avec des kystes".

Devant un pareil tableau clinique et les antécédents de la malade, nous pensons à un H.P. généralisé avec épanchement et un foie truffé de kystes.

L'état de la malade s'aggrave 15 jours après son entrée avec apparition d'un purpura de type pétéchiol et ecchymotique.

Elle sombre dans un coma hépatique le 25.X.71.

Elle sort le 27.X.71 sur la demande de sa famille.

Observation 17 :

C. Moussa, 40 ans, originaire de Sour El Ghozlane, entré le 19.IV.68 pour masses abdominales multiples.

• Cliniquement :

Hépatomégalie avec une tuméfaction arrondie, ferme, douloureuse du lobe G.

Au niveau du flanc et de la F.I.D., on palpe plusieurs tuméfactions dures, douloureuses et mobiles par rapport aux plans superficiel et profond.

Antécédents : intervention en 1955 pour K.H.F.

• Reprise le 6.V.68 pour hydatidose péritonéale :

Laparotomie médiane itérative sus et sous ombilicale qui découvre de nombreuses adhérences et des K. multiples de la gouttière pariéto-colique D. et G., dans le tablier épiploïque et le mésocôlon, un K. de la rate, de nombreux K. du bassin.

On pratique :

- résection du tablier épiploïque.
- ablation du K. du mésocôlon transverse au niveau de l'angle splénique.
- ablation d'un K. rétro-péritonéal de la gouttière pariéto-colique G. et de 2 K. de la F.I.D.
- ablation complète des K. du bassin au niveau du cul de sac latéral droit.
- ponction, formolage et marsupialisation de 2 petits K. et de 2 plus volumineux de la taille d'un pamplemousse du Douglas.

On laisse sur place un K.H.Rate et tous les autres siégeant au niveau de l'H.D., y compris un du mésocôlon droit.

Fermeture en 3 plans sur antibiotiques.

- Les suites sont perturbées par une suppuration de la paroi. Le malade est réhospitalisé une seconde fois le 27.XI.68. Il sort non opéré le 17.XII.68.

Observation 18 :

K. Fatma, 14 ans, originaire de Teniet El Had, est admise le 4.X.71 pour ascite et spléno-hépatomégalie.

. Intervention le 11.X.71 :

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic qui permet de découvrir une multitude de vésicules disséminées et de taille variable.

- Au niveau du foie, plusieurs K. du dôme et du hilo.
- Au niveau de la rate, un gros K.
- On décide de réséquer le maximum de K. péritonéaux en n'enlevant que le grand épiploon.

Il en reste d'autres au niveau du petit épiploon et dans le petit bassin qu'on laisse pour un 2e temps.

. Réintervention le 17.XII.71 :

Cliniquement : abdomen augmenté de volume dans son ensemble.

A la palpation, on retrouve :

- un foie augmenté de volume avec un nodule bien perceptible,
- une splénomégalie nette.

L.M.S.O. branchée sur une incision transverse gauche:

- * la rate est énorme, truffée de K.H. de tailles différentes: splénectomie.
- * résection de nombreux kystes du foie (du dôme saillant)
- * résection de quelques K. du mésentère.

Fermeture sur antibiotiques.

. Suites opératoires satisfaisantes.

Sortie le 30.XII.71.

ICONOGRAPHIE



Figure 1 - T.G.D. : déviation à gauche du balancier
gastrique par une tumeur occupant tout
l'hémiabdomen droit.

Observation 1



Figure 2 - K.H. du lobe G. du foie de la taille d'une tête
foetale relié par un collet à un K.extra-hépa-
tique de même volume : kyste bilobé.



Figure 3 : Extirpation d'une poche d'enkystement localisée à l'A.C.E., fortement adhérente à l'estomac et au diaphragme, et communiquant par un large orifice à un énorme K.H. de la face inférieure du lobe G. et du lobe de Spiegel. (Observation 4).



Figure 4 : Membrane d'enkystement occupant toute la cavité abdominale, disséquée en totalité.
(Observation 8).

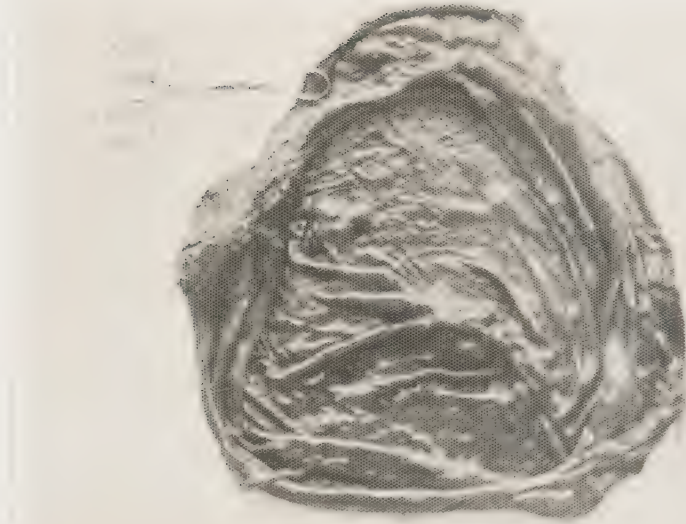


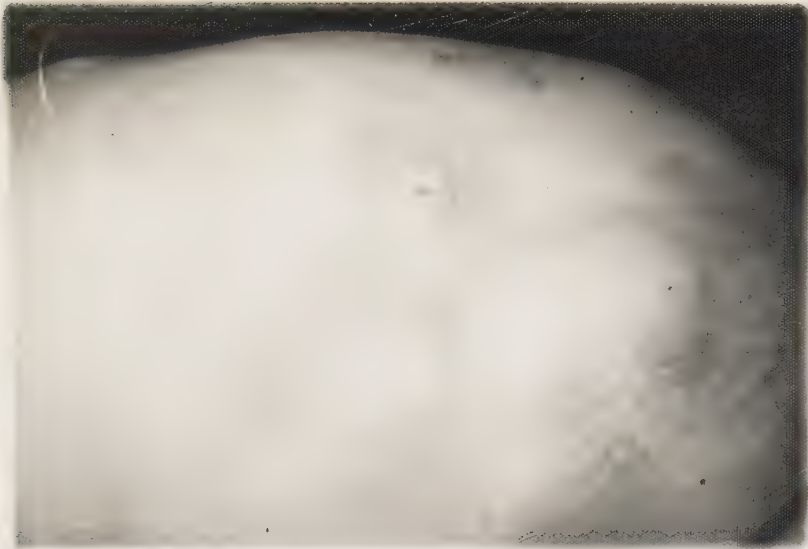
Figure 5 : Résection de la partie antérieure d'une énorme poche contenant 8 litres de liquide hydatique ; la portion postérieure intimement adhérente aux viscères est laissée en place. (Observation 11).



Figure 6 : Echinococcose pelvienne multiple : Hysté-
rectomie totale qui seule a permis la li-
bération de 2 volumineux K. des C.D.S.
latéraux. (Observation 12).



Figure 7 : Tablier épiploïque truffé de K. de taille variable : Exérèse en bloc.
(Observation 15).



Figures 8 & 9 : Abdomen bosselé : A jour frisant, visualisation de plusieurs masses abdominales. (Observation 17).



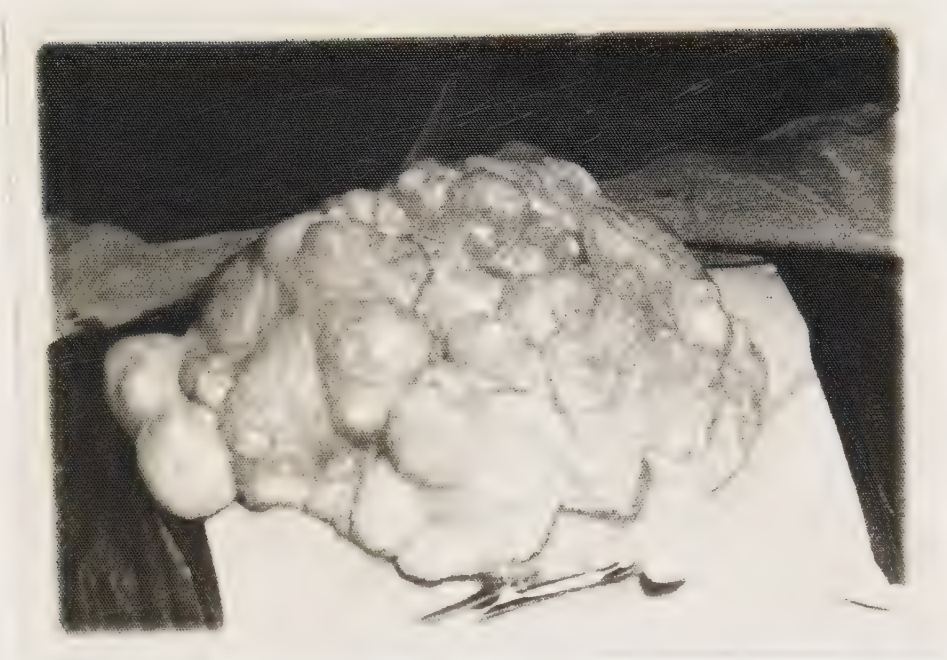


Figure 10 : Le grand épiploon est réséqué avec une multitude de K. disposés en grappe.
(Observation 18).

 I B L I O G R A P H I E

1. AUBRY G. et TRIDET J..
Les manifestations péritonéales de l'échinococcose en clinique courante.
Algérie Médicale, mars 1955, 59, n°3, 171-191.
- 2.- AUBRY G., PORTIER., et FERRAND..
Un cas de cholépéritoinc hydatique.
Algérie Médicale, Fév. 1947, n° 2, 178-181.
3. AUBRY G., BOULARD C., MASSONAT J., et ZEVACO..
Un cas d'échinococcose hétérotopique du péritoine avec volumineuse vésicule libre.
Algerie Médicale, Fév., 1950, n° 2, 89-91.
4. AUBRY G..
La forme pseudotuberculeuse de la péritonite hydatique.
Algérie Médicale, Sept-Dec. 1940, n°144, 107-110
5. BENHAMOU, SEROR, ALBOU..
Kyste hydatique de l'épiploon gastrosplénique.
Afrique " française " chir. Oct-Nov-Dec. 1951, 282.
6. DEVE F..
Vue d'ensemble sur l'échinococcose secondaire des séreuses.
Algérie Médicale, Mai 1939, 43, n°137, 221-229.

7. FERRAND J., et BARSOTTI J..
Echinococcose péritonéale.
Revue du praticien. Janvier 1961, 11, n°1, 41-50
8. FERRAND J., et BARSOTTI J..
Hydatidoperitoine et cholépéritoine hydatique.
Annales de Chirurgie. Février 1961, 15, n°3-4.
9. FERRAND J., BARSOTTI J., PALOMBA R., et PHELINE Y..
A propos de l'hydatidopéritoine et du cholépéritoine hydatique. Réflexion sur l'exérèse de la néomembrane d'enkystement.
Mémoires de l'Académie de Chir. 1960, 86, n° 10-11, 324-329.
10. GRASSET J..
Le cholépéritoine hydatique.
Thèse Paris 1939.
11. GRASSET J..
Un cas d'hydatidopéritoine enkysté.
Algérie Chirurgicale, Février 1942, p.49-55.
12. GOINARD P., PEGULLO J., et PELISSIER G..
Thérapeutique chirurgicale du kyste hydatique.
Editions MASSON.
13. GUEDJ P., GAIROARD J., MORVAN F., BOGAERT J..
Le traitement chirurgical actuel du K.H.F. et de ses principales complications à propos d'une statistique de 600 K. opérés.
Journal de Chir. Fév. 1967, t. 93, n°2, 191-216.

14. HADJIAI..

Contribution à l'étude du pronostic de
l'hydatidose hépatique.

Thèse 1970.

15. 2ème Journées Médicales Maghrébines.

Sur le K.H.F.

ALGER, 3, 4, 5 Mai 1966.

16. KOCAOGLU H..

A propos de 6 cas d'hydatidose péritonéale.

Press. Médical., Déc. 1963, 71, n° 55, 2761-2762.

17. LAGROT F., et CURIAI P..

Conduite à tenir dans l'échinococcose
secondaire multiple du péritoine.

Annales de Chir. Mai 1964, 18, n° 9-10, 523-527.

18. MOUIEL J..

Les rapports du kyste hydatique du foie
avec les voies biliaires.

Thèse ALGER, 1961.

19. MONDOR..

Rupture intrapéritonéale du K.H.F. (dia-
gnostic urgent de l'abdomen), p. 331-339.

20. PEREZ FONTANA V..

Archivos Internacionales de la Hidatidosis
Octobre 1950.

21. QUENU J..

Des kystes hydatiques multiples de l'abdomen
Actualités chirurgicales 1949,p.267.

22. RACHET.,BUSQUET et DEBRAY..

Echinococcose péritonéale (maladies de
l'intestin et du péritoine),p. 1071.

23. SEROR J..

Sur un cas d'échinococcose secondaire du
péritoine.
Afrique "française" Chir.Oct-Nov-Déc.1951,
352.

24. SEROR J..

Péritonite encapsulante et kyste hydatique
pelvien.
Afrique "française " Chir. Oct-Nov-Déc.
1951,327.

25. SOURNIA J.C..

Quelle est la place de l'échinococcose
secondaire dans la clinique humaine ?
Lyon chirurgicale, 1959,n° 4.

26. TEINTURIER J..

Rupture traumatique intrapéritonéale d'un
K.H. Rein associée à un éclat du foie.
Mémoires de l'Académie chir.1960,n°12-13.

27. THIODET J., FOURRIER A. PY S.

Les épanchements de séreuses dans l'hydatidose.

Algérie Médicale, Mars 1955, 59, n°3, 193-203.

28. VERGOZ C..

De l'hydatidopéritoine.

Afrique "française" Chir. janv-fév-mars 1952
n° 1, 1-7.

29. VERGOZ C., ROBERT D'ESHOUGUES J. et STOPPA R..

Les hydatido et cholépéritoine hydatique
ne sont pas des kystes géants de l'abdomen.
Afrique "française" Chir. Juil-Août 1955,
n° 4, 441-445.

30. VERGOZ C., SALASC., PANTIN et HOUEL..

Quatre observations d'échinococcose
péritonéale généralisée.

Mémoires de l'Académie de Chir. 1947, 73,
n° 22-23-24, 510-518.

